

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

266

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Mai 1907, à 1 heure.

Par M. GEORGES BERGER

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Loudun (Vienne), le 14 Juin 1880.

SUPPURATION DES FIBROMES

AU COURS

DE LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. LE DENTU, Professeur.

Juges : MM. ALBARRAN, Professeur.

MARION,
MORESTIN,

} *Agrégés.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	DEBOVE.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		POIRIER.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		{ HUTINEL.
		{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		N...
Opérations et appareils.....		SEGOND.
Pharmacologie et Matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE.
Médecine légale.....		THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.....		{ DIEULAFOY.
		{ DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants.....		LANDOUZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		GAUCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....		JOFFROY.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....		{ LE DENTU.
		{ TERRIER.
		{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....		RECLUS.
Clinique des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements.....		ALBARRAN.
		{ PINARD.
		{ N...
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEPAGE.	RIEFFEL, <i>Chef des travaux anat.</i>
BALTHAZARD	DUVAL.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BRANCA.	FAURE.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOSSET.	MARION.	VAQUEZ.
BRINDEAU.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
BROCA (ANDRÉ).	JEANSELME.	MERY.	
CARNOT.	LABBE.	MORESTIN.	
CLAUDE.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
CUNEO.	LAUNOIS.	PROUST.	
DEMELIN.	LEGRY.	RENON.	
DESGREZ.	LEGUEU.	RICHAUD.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LE DENTU

Membre de l'Académie de médecine

Professeur de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'honneur.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Membre de l'Académie de médecine
Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine
Inspecteur général des Services d'hygiène
Médecin de l'hôpital du Bastion 29
Officier de la Légion d'honneur.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR FLORAND

Médecin de l'hôpital Tenon
Officier de la Légion d'honneur.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR MAUCLAIRE.

M. LE DOCTEUR BARIÉ.

M. LE DOCTEUR LEPAGE.

M. LE DOCTEUR GUISEZ.

M. LE DOCTEUR BAUDET.

AVANT-PROPOS

A la suite de la communication qu'il a faite le 12 mai 1906, à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, notre savant maître, M. Mauclaire, a bien voulu nous charger d'étudier dans une revue d'ensemble les symptômes que présentent la suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité.

Il est de notre devoir de reconnaître que si nous apportons quelques éclaircissements dans l'étude de ce cas, nous le devons aux leçons qu'ont bien voulu nous prodiguer nos différents maîtres, particulièrement à M. le Prof^r Le Dentu et à M. le Prof^r agrégé Walther qui ont, avec M. le Prof^r agrégé Mauclaire, été nos guides dans nos études chirurgicales.

Nous n'avons pas moins de plaisir à adresser l'expression de notre gratitude à M. le Prof^r Chantemesse et à M. le D^r Florand, dont nous nous efforcerons de suivre les savants conseils.

Dans cette revue générale, nous traiterons successivement dans autant de chapitres l'historique, l'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic, le traitement des fibromes suppurés au cours de la puerpéralité ; nous réunirons enfin dans un tableau synthétique le résumé de nos observations.

HISTORIQUE

Dans la littérature médicale on ne trouve qu'un très petit nombre d'auteurs qui se soient spécialement occupés de la suppuration des fibromes au cours ou à la suite de la grossesse. La plupart ne mentionnent pas les caractères spéciaux qu'elle peut revêtir quand elle accompagne la gravidité.

D'ailleurs, un très grand nombre d'auteurs confondent ensemble sphacèle, gangrène et purulence.

Dans les *observations medicæ raræ*, de Shenk, en 1665, l'auteur dit avoir observé des pierres nées dans l'utérus ; or, il est très vraisemblable que ces pierres n'étaient autre chose que de vieux fibromes purulents dont la masse centrale s'était calcifiée.

Levret, en 1749, fit paraître un ouvrage sur les polypes utérins et vaginaux, dans lequel il déclare que l'ulcération et la gangrène de ces tumeurs sont possibles.

Pinault, en 1828, cite des observations de fibromes purulents, et Viardin, en 1834, en apporte de nouvelles.

En 1833, Duplay fait paraître une thèse sur le ramollissement et particulièrement sur le ramollissement gangréneux des fibromes.

Malgaigne, en 1835, publie une thèse sur le sphacèle des fibromes.

En 1858, dans le *Traité pratique des organes sexuels de la femme*, Scanzoni dit : « Il existe des observations de la formation dans les fibromes d'une cavité plus ou moins grande, remplie d'un liquide séreux, sanguin et putride qui, par la fluctuation qui en résultait, rendait très difficile pendant la vie le diagnostic de corps fibreux. »

Ziennessen, Braxton Hicks, Saugier publient successivement de 1859 à 1865, leurs mémoires sur la purulence des myomes.

Dans la traduction française d'Aronssohn (t. III, p. 351), de la pathologie des tumeurs de Virchow, l'auteur décrit la suppuration des fibromes et accuse l'inflammation de la capsule ou des adhérences péritonéales, de causer la dégénérescence de la tumeur.

Mais comme tous les auteurs précédents, Virchow ne s'occupe nullement de la coexistence de la gravidité et ce n'est qu'en 1875, dans la thèse de Sevastopoulo, que l'on trouve nettement rapprochées la grossesse et la suppuration.

Hartmann et René Mignot (*Annales de gynécologie*, juin 1896), dans une note sur la suppuration gangréneuse des fibromes indépendants de la cavité utérine, font une étude approfondie de l'une de ces tumeurs.

En 1897, à Bordeaux, paraît la thèse de Lasnier sur le sphacèle et la purulence des fibromes.

Guéry, en 1901, dans sa thèse, traite non seulement de la suppuration des fibromes, en général, qu'il sépare nettement du sphacèle et de la gangrène, mais dans un chapitre spécial de la suppuration des fibromes au cours de la grossesse.

Richelot, Lepage, Pinard, en 1901, dans les *Comptes rendus de la Société d'O. G. P.*

Delbet, en 1902, dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*.

S. Maix, en 1905, dans le *Journal of obstetrics*, posent les règles des interventions dans les grossesses compliquées de fibrome.

Mauclaire, en 1906, apporte dans les *Comptes rendus de la Société d'O. G. P.*, une observation de fibrome suppuré à la suite d'un avortement.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La suppuration des fibromes est provoquée par une infection de voisinage provenant le plus souvent de la muqueuse utérine et parfois des organes voisins particulièrement des trompes.

La suppuration des fibromes, en général, est un phénomène peu fréquent et qui devient actuellement de plus en plus rare avec les méthodes aseptiques et antiseptiques de plus en plus parfaites ; dans ces dernières années, le Prof^r Pinard, sur 13,915 accouchements relevés à la clinique Baudelocque, en trouve 84 qui s'accompagnent de fibromes et pas un seul d'entre eux ne suppure (1).

Néanmoins, cet accident arrive parfois et parmi les causes les plus habituelles de la suppuration de ces fibromes, on doit en première ligne citer la grossesse et surtout le travail.

Ce fait ne doit pas nous surprendre, étant donné les relations étroites qui existent entre l'utérus et la tumeur. Nous voyons, en effet, comme l'a démontré Claisse dans sa thèse, qu'un fibrome utérin s'accompagne habituellement de lésions inflammatoires de la muqueuse uté-

(1) *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de pédiatrie et de gynécologie*, 8 juillet 1901.

térine, d'altérations glandulaires et de proliférations conjonctives intra-musculaires. Les culs de sacs glandulaires sont bourrés de coagulum granuleux, les cellules épithéliales qui les bordent prolifèrent et forment par places de petits amas. Le tissu conjonctif interstitiel est bourré de cellules rondes inflammatoires accumulées. Ne voyons-nous pas souvent à l'œil nu de volumineux vaisseaux sanguins relier la tumeur à l'utérus. Il est donc naturel de conclure qu'entre la tumeur d'une part et l'utérus d'autre part, existent de nombreux liens et tout ce qui retentira sur l'un affectera l'autre. Les lésions de métrite et d'endo-métrite qui coexistent habituellement avec le fibrome, en s'aggravant, entraîneront la dégénérescence de la tumeur.

Or, la grossesse et surtout le travail sont certes des causes prédisposantes de l'infection de la muqueuse utérine puis du muscle utérin et l'on sait quels liens étroits rattachent l'un à l'autre ; n'en a-t-on pas une preuve évidente dans l'accroissement bien connu des fibromes qui accompagne celui du muscle utérin pendant la gravidité. L'infection de l'un retentira facilement sur l'autre grâce aux nombreux lymphatiques qui les unissent.

Les germes septiques peuvent aussi provenir des organes voisins, notamment des trompes. De vieilles collections salpingiennes peuvent très bien, en déversant leurs microbes dans les espaces lymphatiques, occasionner la suppuration d'une tumeur en voie de nécrose. Et ce sont bien les lymphatiques qui transportent les germes septiques, sans quoi il serait très difficile de comprendre d'où ces germes pourraient provenir. Du péritoine, ce n'est guère vraisemblable, car c'est le plus

souvent la suppuration du myome qui entraîne celle du péritoine. D'ailleurs, si la suppuration des fibromes s'accompagne généralement de péritonite suppurée ou tout au moins de réaction péritonéale qui se manifeste par de nombreuses adhérences reliant la tumeur aux organes voisins, cela prouve que le même phénomène infectieux s'est transmis en même temps à la tumeur et au péritoine par la voie des vaisseaux, mais non que la suppuration du péritoine ait déterminé celle du fibrome. Nous devrions, en ce cas, trouver la capsule et les parties superficielles de la tumeur détruites, l'inflammation du péritoine s'étant transmise de proche en proche à celle de la tumeur. Le plus souvent, au contraire, nous voyons ces parties périphériques respectées et la tumeur creusée dans ses parties profondes, de cavités purulentes.

Nous ne croyons pas non plus que l'infection du fibrome soit apportée par la voie sanguine. Cette voie, certes, est possible, elle a probablement même été suivie dans notre observation 16, où la malade présentait de nombreuses embolies septiques; mais elle n'est pas habituelle, car alors la suppuration du fibrome s'accompagnerait de la suppuration d'autres organes. Il est probable que des microbes dont la virulence serait suffisante pour faire suppurer une tumeur, iraient se fixer dans d'autres organes et occasionneraient des embolies septiques signalées dans nombre d'observations.

La voie lymphatique semble être la plus habituelle, c'est la voie admise par Hartmann et Mignot (1).

« L'infection dans le cas de fibrome en voie de trans-

(1) HARTMANN et MIGNOT. *Annales de gynécologie*, juin 1896.

formation se fait par les lymphatiques qui l'apportent de la muqueuse dans la capsule du fibrome. L'absence d'infiltration embryonnaire périglandulaire jointe à l'abondance de traînées de leucocytes le long des vaisseaux, semble l'établir. Au niveau de la capsule du fibrome, l'infiltration leucocytaire est si abondante qu'il y a là une véritable nappe purulente ; en même temps les vaisseaux y sont thrombosés. Aussi le fibrome, en même temps qu'il est envahi par des cellules embryonnaires, se nécrose-t-il par son centre jusqu'au moment où il tombe en déliquescence pour se confondre avec la masse putrilagineuse d'odeur infecte dans laquelle il baigne ». On pourrait encore, surtout si l'on admet avec Claisse l'origine infectieuse des fibromes, admettre que ces tumeurs portent en elles les germes de la suppuration.

On conçoit que sous l'influence de la grossesse, qui provoque une augmentation généralement considérable du muscle utérin et des thromboses vasculaires qui amènent l'anémie de tout un territoire vasculaire, ces tumeurs deviennent moins résistantes, et laissent les microbes qu'elles contiennent habituellement exalter leur virulence jusqu'à provoquer la suppuration. Ce serait même, d'après Claisse, le terme normal de leur évolution. Si comme l'admet cet auteur, ces tumeurs débutent par une infection subaiguë des vaisseaux utérins, qui détermine de la périvascularité proliférante des tissus avoisinants, sous l'influence de germes morbides, on peut facilement concevoir que la grossesse et surtout le travail diminuant la vitalité des tissus, la virulence des germes devienne plus grande, et que la suppuration

éclate. Mais alors, pourquoi est-il si rare que les fibromes suppurent, ne devraient-ils pas tous arriver à ce stade et surtout pourquoi, au cours de la grossesse, ne suppurent-ils généralement qu'après avortement ou accouchement, c'est à dire après qu'il se soit créé une porte ouverte pour l'infection.

N'est-il pas plus logique de conclure que l'*infection du fibrome a été précédée d'une infection utérine*, infection qui, parfois, a pu être assez légère pour ne pas laisser de traces dans le tissu utérin, d'autant mieux que très rarement les examens microscopiques des tissus utérins ont été faits, et que trouvant dans la tumeur un tissu de moindre résistance, ne s'y soit largement étendue en se propageant très souvent du côté du péritoine.

Il semble très probable, dans la plupart des cas tout au moins, que les germes morbides sont transportés par voie lymphatique de la muqueuse utérine à la tumeur, surtout au niveau des portions de la tumeur qui avoisinent la capsule et où les vaisseaux sont le plus abondants. Mais la question de terrain ne saurait être négligée, et il est évident que la suppuration apparaît d'abord dans les points les moins vascularisés, ayant déjà subi des lésions de dégénérescence notamment des lésions de putréfaction.

Nous connaissons peu les agents pathogènes de ces suppurations. A la suite de l'accouchement et de l'avortement, le streptocoque est très probablement la cause la plus fréquente de la suppuration, car c'est lui qui, en général, provoque l'infection puerpérale.

Mais si le streptocoque est probablement le microbe que l'on doit rencontrer le plus fréquemment, la suppu-

ration des fibromes, comme les autres suppurations, peut être provoquée par d'autres bacilles.

Dans deux des cas cités par Gatti, où l'examen bactériologique du pus a été fait, l'auteur a rencontré le staphylocoque.

Une longue place appartient sans doute au gonocoque, cause si fréquente d'endométrite à la suite de couches, car il est évident qu'une partie de sa virulence est exaltée par le fait même de l'accouchement, qui apporte à ses cultures un milieu éminemment plus favorable que celui où il se trouvait avant le travail.

Hartmann et Mignot ont décrit un bacille spécial dans un cas de fibrome suppuré :

« A l'examen direct du pus, on trouve au milieu de leucocytes nombreux une grande abondance de bacilles courts, volumineux, souvent réunis deux à deux par leurs extrémités. Le bacille se colore bien par toutes les couleurs d'aniline, mais se décolore avec la plus grande facilité.

« En culture aérobie il ne pousse rien.

« En culture anaérobie il donne dans la gélatine, tout le long de la piqûre, une strie blanche, de laquelle se détachent de petites arborescences cristallines, semblables à du givre. Cette culture apparaît en 24 heures.

« Le bouillon se trouble rapidement et exhale la même odeur fétide que la tumeur.

« Ce bacille n'a pas été inoculé aux animaux. »

D'ailleurs il est très possible que la présence de bacilles ne soit pas constante, surtout dans les vieilles suppurations des fibromes, et qu'au moment où l'on pratique l'examen, les cultures soient stériles. Il se passerait là

un phénomène analogue à celui que l'on rencontre dans ces abcès chroniques du foie, suite de dysenterie, dans les vieilles cultures des trompes, etc... Les microbes qui primitivement ont occasionné la suppuration, ne trouvent plus à la longue, dans le milieu où ils se sont développés, les éléments nécessaires à leur existence et ont fini par disparaître ; il ne reste plus comme vestiges de leur présence que les dégâts qu'ils ont occasionnés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les fibromyomes de l'utérus, tout au moins dans leur forme typique, sont des tumeurs essentiellement composées de fibres musculaires lisses auxquelles se surajoutent du tissu conjonctif qui leur sert de soutien. Ces fibres musculaires sont en tout semblables à celles de l'utérus normal, ce qui démontre bien les rapports étroits qu'il y a entre la tumeur et l'organe.

Assemblées en faisceaux diversement entrecroisés, ces fibres musculaires sont réunies comme les fibres musculaires lisses ordinaires, par une substance fondamentale, les différents faisceaux étant isolés les uns des autres par des fibres conjonctives.

La tumeur principale, nous disons principale, car à côté d'un gros fibrome il est fréquent d'en rencontrer de plus petits, est souvent composée de plusieurs lobes, chacun d'eux affectant plus ou moins la forme d'une sphère. Si l'on coupe un de ces lobes suivant un grand diamètre, il semble que la tumeur se soit accrue du centre à la périphérie, des parties nouvelles se surajoutant à celles qui existent auparavant.

Le plus souvent, le fibrome est enveloppé par une capsule d'épaisseur variable, mais généralement assez résistante, composée en majeure partie de tissu conjonc-

tif. Cette capsule, tantôt adhère fortement à la tumeur sous-jacente dont elle ne saurait être séparée que très difficilement, tantôt, au contraire, lui est réunie par des adhérences assez lâches pour que l'énucléation au moins partielle de la tumeur soit opération aisée. Dans ce cas, nous trouvons séparant la capsule du fibrome, une cavité virtuelle composée en majeure partie de tissu conjonctif très lâche, peu vasculaire, qui sera un lieu d'élection pour la suppuration du fibrome.

Autour de la capsule, nous trouvons dans les myomes sous-péritonéaux la séreuse qui recouvre la tumeur en contractant avec elle des adhérences plus ou moins solides.

Dans les myomes sous-muqueux au contraire la tumeur est directement recouverte par la muqueuse utérine, et l'on comprend facilement que dans ce cas toute infection provenant de la muqueuse puisse facilement se transmettre à la tumeur.

La tumeur est irriguée par des vaisseaux sanguins, artères et veines. Ce sont des vaisseaux creusés dans le tissu ambiant et non pas munis d'une paroi propre. Ce sont des vaisseaux lacunaires uniquement tapissés d'une couche endothéliale. Ceux qui ont un certain calibre sont entourés d'une couche de tissu fibreux dense.

Ces vaisseaux se thrombosent facilement à cause de l'irrégularité de leurs parois, dont l'épithélium, parfois saillant, prolifère avec facilité. De plus ces vaisseaux, dépourvus de tunique élastique, ne peuvent de ce fait apporter à la tumeur une abondante irrigation.

Apportant le sang à la tumeur, nous trouvons souvent, surtout dans les fibromes pédiculés, une artère unique de

gros volume ou bien plusieurs vaisseaux partant de points divers lorsque la tumeur n'est pas pédiculée.

De ces vaisseaux principaux se détachent successivement des vaisseaux secondaires, souvent visibles à l'œil nu, sans préparation, qui forment à l'intérieur de la capsule tout un réseau, dont les différents vaisseaux communiquent entre eux par des anastomoses d'inégal volume.

De ce réseau principal, que l'on pourrait appeler capsulaire, se détachent des réseaux secondaires qui, circulant entre les différents lobes de la tumeur dans les cloisons conjonctives qui les séparent les uns des autres, assurent la nutrition des parties dont se compose la tumeur. Mais ce qu'il faut remarquer, c'est que le centre de chacune de ces sphères ou de ces lobes reçoit une irrigation très peu importante, comparativement aux portions périphériques. Constatation des plus importantes, car si un fibrome se compose souvent de tumeurs surajoutées les unes aux autres, séparées par des cloisons conjonctives, on comprend qu'un même processus venant à le frapper, on puisse trouver dans une tumeur de quelque volume, présentant cette structure, des lésions plus ou moins avancées de dégénérescence, ou qu'une partie seule de la tumeur, c'est à dire un lobe suppure.

Les réseaux veineux, qui souvent dans ces tumeurs sont très importants, ont à peu près même structure et surtout même topographie spéciale, c'est-à-dire périphérique, le centre de la tumeur n'ayant qu'une irrigation tout à fait insuffisante.

Or, pendant le cours de la grossesse, la tumeur subit

des modifications très importantes que le Prof^r Cornil expose ainsi; nous ne saurions mieux faire que de les reproduire (1).

« Je pense que le plus grand nombre des faisceaux musculaires de la tumeur subissent pendant la grossesse la même congestion active que le reste de la paroi utérine dont elle fait partie intégrante. Les faisceaux musculaires atteints de cette hyperhémie, de cette activité nutritive touchant à l'inflammation, comprennent les faisceaux interposés au point d'y arrêter la circulation sanguine et l'apport des éléments nutritifs. Ces faisceaux restent atrophiés et leurs cellules contractiles se modifient. A la suite de ce premier stade, les vaisseaux turgides des muscles hypertrophiés laissent sortir des globules blancs en assez grande quantité ».

En résumé, pendant la durée de la grossesse, le fibrome subit une augmentation de volume très considérable, les fibres musculaires s'hypertrophient, se multiplient et ce processus ne va pas sans un certain degré d'inflammation qui s'accuse le plus souvent par une diapédèse énergique des globules blancs que l'on rencontre dans les espaces intermusculaires comblés par du tissu conjonctif.

Mais si le myome augmente de volume, le nombre des vaisseaux qui apportent directement le sang de l'extérieur ne s'accroît pas. Leur volume augmente peut-être mais assurément peu, car nous avons vu qu'ils étaient entourés d'une épaisse gangue fibreuse et qu'ils étaient dépourvus de paroi élastique.

(1) CORNIL. *Bulletin Académie de médecine*, 7 février 1893.

Il est probable qu'il doit en être de même pour les vaisseaux du réseau principal capsulaire et peut-être même pour les autres vaisseaux des réseaux secondaires qui s'enfoncent entre les différents lobes de la tumeur.

Il est donc des plus vraisemblables que les myomes au cours de la grossesse ne reçoivent qu'une irrigation insuffisante.¹

Sans doute, la congestion active de tous les organes du petit bassin au cours de la grossesse fournit au myome un surcroît d'alimentation, mais il est infiniment probable, étant donné la fixité de ses vaisseaux nourriciers, que le sang n'arrive pas en quantité suffisante; ce qui le prouve bien, c'est la dégénérescence d'un grand nombre de faisceaux et l'absence de globules rouges dans un certain nombre d'artérioles, observées par le Prof^r Cornil dans une de ces tumeurs (1).

« Par contre, dit-il, sur des coupes on voit en certains points, au voisinage des vaisseaux sanguins, des îlots où les fibres musculaires très volumineuses sont en pleine prolifération. Par opposition à ce tissu en pleine activité, les îlots mortifiés situés au milieu de lui se colorent très mal.

On reconnaît que tous les vaisseaux mortifiés ne contiennent pas de globules rouges mais seulement quelques fibrilles de fibrine mince et des globules blancs pâles à contours minces et indécis ».

On voit que dans les parties centrales, la tumeur est complètement dégénérée, car elle ne reçoit pas de sang. Au contraire, dans les parties périphériques au voisinage des vaisseaux sanguins, on trouve de nombreuses fibres

(1) CORNIL. *Bulletin Académie de médecine*, 7 février 1893.

musculaires hypertrophiées. Les phénomènes de nutrition sont donc la cause nécessaire de la désintégration des fibromes.

Or, ces tissus mortifiés sont dépourvus de toute vitalité et s'ils n'occasionnent pas de troubles dans l'organisme, c'est qu'ils conservent leur aseptie, mais que pour une cause ou une autre, des microbes pathogènes arrivent à les pénétrer; ils seront pour eux un excellent milieu de culture car ils ne trouveront pas de phagocytes pour les combattre.

Cette suppuration, d'ailleurs, se fait suivant deux modes différents, tantôt éclatant en plein centre d'un des lobes du fibrome, tantôt dans les parties périphériques directement au-dessous de la capsule, dans ce tissu cellulaire plus ou moins lâche qui la réunit à la tumeur.

I. — Suppuration dont le début se fait au centre du fibrome.

Dans le premier cas, nous avons un fibrome semblable à celui qu'a étudié le Prof^r Cornil et qui a servi de base à l'étude précédente.

Sur ces parties ainsi mortifiées, la présence de microbes pathogènes se décèlera immédiatement par la suppuration. Tous ces tissus dépourvus d'irrigation sanguine, en voie de nécrose, se transformeront en une nappe purulente qui souvent sera circonscrite; le pus apparaissant au milieu d'une de ces vastes cavités nécrosées, occupera alors une cavité plus ou moins volumineuse dont les parois seront formées par des tissus, dont la résistance sera plus grande ou qui n'auront pas subi

au préalable de lésions de dégénérescence et que le Prof^r Cornil décrit ainsi : « A la périphérie de cette zone mortifiée, entre elle et le tissu hypertrophié, on trouve une zone dans laquelle il existe un très grand nombre de globules blancs migrateurs en dégénérescence graisseuse et des corps granulo-grasseyeux.

Cette inflammation avec diapédèse et phagocytose très marquée existe à la limite des parties vivantes et mortifiées. C'est ainsi que l'on constate dans cette zone intermédiaire du côté des muscles hypertrophiés et vivants des rangées de cellules lymphatiques rondes non granuleuses entre les fibres de tissu musculaire et du côté du tissu mortifié, des accumulations de globules blancs granulo-grasseyeux entourant les fibres musculaires petites mortifiées, ne se colorant plus par le carmin et l'hématoxiline. »

Dans d'autres cas, la suppuration sera bien moins nettement circonscrite, les tissus au préalable nécrosés formant à l'intérieur de la tumeur des géodes de dimensions diverses, séparées les unes des autres par des bandes de tissu plus résistant, qui auront reçu une irrigation plus abondante ; le pus ne formera plus alors, comme dans le cas précédent, une vaste cavité, il sera contenu dans des sortes de géodes plus ou moins anfractueuses, reliées entre elles par des communications nombreuses.

II. — Suppuration à début sous capsulaire.

Le processus en ce cas est tout autre, ce n'est plus dans des tissus mortifiés ou nécrosés que se développe la sup-

puration, mais dans ce tissu cellulaire plus ou moins lâche, qui forme dans certains cas, comme précédemment nous l'avons dit, une sorte de cavité virtuelle. La suppuration succède alors à une inflammation des lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux sanguins sous la capsule. Sous l'influence de lésions inflammatoires provenant des organes voisins et le plus souvent de la muqueuse utérine à la suite du travail et des manœuvres qu'il nécessite ou bien des trompes, les germes septiques pénètrent dans les réseaux lymphatiques; ceux-ci devenant insuffisants, les germes contaminent les tissus environnants. Or, la capsule composée de tissu fibreux dense et résistant, ne se laisse pas facilement attaquer par la suppuration; la périphérie du myome en rapport avec la capsule qui reçoit le plus souvent une abondante irrigation, est composée de tissus vigoureux qui résistent assez bien à la suppuration. Il est tout naturel dans ce cas que la suppuration s'étende dans le tissu cellulaire lâche qui sépare le myome de la capsule et qu'elle tende à former tout autour de la tumeur une nappe liquide dans laquelle baignera le myome isolé des tissus voisins. C'est ainsi que probablement se forment quelques-unes de ces tumeurs kystiques dont parle Shenk (*Observationes medicæ raræ*, 1665, p. 649, liv. IV), au centre desquelles on trouve un noyau plus ou moins crétacé.

SYMPTOMES

Les deux symptômes caractéristiques de la suppuration d'un fibrome de l'utérus sont la *douleur* et la *fièvre*, auxquels on peut ajouter l'augmentation de volume de la tumeur et souvent des phénomènes de péritonisme.

La *douleur* paraît être un phénomène constant, nous la trouvons notée à peu près dans toutes les observations.

Cette douleur, d'intensité variable, est localisée à la tumeur et ne paraît pas être réveillée par la palpation de l'abdomen. Douleur qui augmente dans la station debout et qui, au contraire, semble diminuer lorsque la femme reste au repos dans la position horizontale.

Cette douleur est variable, parfois elle a un début soudain et une intensité terrible, elle ressemble à celle de la péritonite aiguë. Habituellement elle est modérée, cessant même parfois dans le repos.

Mais si la douleur se calme quelquefois par le repos, dans les cas où la suppuration reste limitée au myome, il peut arriver que celle-ci se généralisant et attaquant le péritoine, on ait alors surajouté à la douleur du fibrome suppuré, celle de la péritonite.

En somme, la douleur est un des meilleurs symptômes de la suppuration du fibrome, symptôme qui suit la même évolution que la tumeur elle-même, car à fibrome à suppuration brusque tendant à s'étendre au péritoine,

correspond une douleur soudaine et de forte intensité. A suppuration restant localisée dans une partie de la tumeur déjà en voie de dégénérescence et n'ayant pas de tendance à envahir les tissus voisins, correspond une douleur sourde calmée par le repos et les médications qui lui sont appliquées.

La *fièvre* d'intensité variable est aussi un phénomène presque toujours observé, sauf peut-être dans certains cas où une collection purulente semble avoir succédé à une nécrose aseptique et dans laquelle la virulence des bacilles déjà fortement atténuée a fini par disparaître à peu près complètement. Dans les autres cas où la suppuration du fibrome ne se transmet pas au péritoine, ou tout au moins n'entraîne pas une péritonite aiguë mais seulement une réaction moins vive qui se traduira au bout de quelque temps par la formation d'adhérences entre la tumeur et les tissus voisins, la température assez irrégulière semble le plus souvent évoluer entre 38 et 39°, ne dépassant ce chiffre qu'au cas où la péritonite éclate.

La température est donc un des symptômes sur lesquels le chirurgien devra appeler le plus son attention. Avec la douleur elle lui servira d'indication pour se rendre compte de la localisation ou de la généralisation de l'infection.

Avec ces deux principaux symptômes il en est d'autres qui doivent être soigneusement étudiés, et qui s'ajoutant aux précédents, permettent de se rendre compte de l'état de la tumeur et surtout de celui du péritoine.

La fréquence du nombre de pulsations, en corrélation avec l'augmentation de la température, sera un bon signe

de la suppuration du fibrome. Sans doute, à lui seul, ce symptôme ne suffira pas à établir le diagnostic, mais il sera néanmoins très utile, surtout pour se rendre compte de l'état du péritoine voisin. Si, en effet, le poulx devient petit et augmente dans de telles proportions qu'il dépasse 120 ou 130, il y a de fortes chances pour que l'inflammation ait envahi la séreuse. Fait des plus utiles à noter, car le pronostic sera tout autre si le péritoine est attaqué.

Les vomissements, une constipation opiniâtre joints à une contracture douloureuse des muscles de l'abdomen, indiqueront volontiers que la séreuse péritonéale réagit.

Après cette étude des phénomènes généraux qui surviennent au cours de la suppuration du fibrome, il nous semble nécessaire de considérer séparément les phénomènes qui se succèdent quand la suppuration se développe au cours de la grossesse, puis quand elle survient après le travail, et en dernier lieu, quand elle éclate dans les cas où la présence du fibrome n'a pas été soupçonnée.

1^o Suppuration se développant avec la grossesse. — Nous avons vu dans le paragraphe consacré à l'anatomie pathologique, que la grossesse s'accompagnait de modifications dans l'état du myome utérin.

Or, si nous examinons les phénomènes qui se présentent au moment où la suppuration va éclater, nous voyons le plus souvent, sans cause occasionnelle, la tumeur augmenter rapidement de volume, c'est ce que Lambert (1), dans sa thèse, appelle excitation du myome.

(1) LAMBERT. *Fibrome et grossesse*. Thèse Paris, 1870.

Pourquoi ce phénomène se produit-il? Il se produit peut-être des thromboses qui aboutissent à l'oblitération de certains vaisseaux, phénomènes identiques à ceux qui éclatent lors de la torsion brusque du pédicule des fibromes (1) aboutissant à un état asphyxique de la tumeur. Ce qui crée pour le fibrome un état de moindre résistance, dont profiteront les germes qui y pénétreront pour établir la suppuration des myomes.

Dans une première étape il y a donc augmentation brusque du volume du fibrome, et dès cette période, la douleur est apparue, douleur peu vive, qui sera le plus souvent une gêne plus ou moins considérable éprouvée par la malade. Ces phénomènes peuvent en rester là et céder au repos, à la glace, en un mot à un traitement judicieux. Mais si la suppuration doit éclater, nous entrons alors dans une deuxième période où l'élévation de la température et du nombre des pulsations, les frissons de douleur plus intense que précédemment font leur apparition. Cette suppuration peut rester localisée jusqu'au moment où une intervention débarrasse l'organisme du foyer qu'il contient.

La guérison même du fibrome serait survenue grâce à sa suppuration, dans un cas de Lucas-Championnière cité par Lefour (2). Malheureusement l'auteur est peu explicite et il est à peu près impossible de s'assurer si c'est bien le fibrome qui est entré en suppuration.

Le plus souvent, à moins qu'une péritonite aiguë n'ait emporté la malade, comme dans le cas cité par MM. Boivin

(1) BERNIOLE. *Les fibromes de l'utérus sous-péritonéaux, à pédicule tordu, au cours et en dehors de la grossesse*. Thèse de Paris, 1906.

(2) LEFOUR. Thèse Agrégation, 1880.

et Dugès (1), l'avortement se produit qui amène, soit la guérison des phénomènes infectieux, soit une péritonite mortelle, comme dans le cas d'Aswell et de Lee ou celui d'Ischwal suivi de la rupture de la poche purulente, ou celui de Sprigelberg qui fut suivi de septicémie, d'endocardite ulcéreuse et d'arthropathies suppurées.

2° Suppuration du fibrome après l'accouchement. — Nous distinguerons la suppuration survenant immédiatement après le travail et la suppuration se produisant longtemps après.

Dans le premier cas, quelques jours après un accouchement laborieux, on s'aperçoit que la température s'élève un peu, que les lochies ont un peu d'odeur, que l'utérus, au lieu de diminuer comme il le fait habituellement, reste volumineux, que le col n'a pas de tendance à se refermer. Et si en même temps on examine la tumeur, on s'aperçoit que le fibrome, au lieu de diminuer de volume, a plutôt des tendances à augmenter; il devient douloureux à la pression et peu de temps après entre en suppuration. Observation de Lever. Le plus souvent d'ailleurs, la suppuration du fibrome s'accompagne de péritonite. Observations Aswell, de Lelong et de Hiri-goyen.

Il est d'autres cas où la suppuration du fibrome n'a lieu qu'un certain temps après l'accouchement, quelquefois même très longtemps après, 3 ans dans un cas de Gatti, quand l'involution utérine est terminée. Observation de Neugebauer, de Mann, Hermann, Gatti, d'Huguier.

(1) MM. BOIVIN et DUGÈS. *Traité des maladies de l'utérus*, t. I, p. 69.

3^e Suppuration des fibromes restant inaperçus et n'étant qu'une trouvaille d'autopsie. — Parfois même la suppuration du fibrome n'est pas diagnostiquée, masquée par les phénomènes généraux de fièvre puerpérale et n'est découverte qu'à l'autopsie. Il est évident qu'en cas de péritonite aiguë, rendant impossible l'examen approfondi de l'abdomen, le médecin n'a aucun des éléments nécessaires pour conclure que le fibrome est entré en suppuration. Observation de Lever et de Barnetche.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de fibrome suppuré au cours de la grossesse est très délicat, car si la péritonite, qui en général l'accompagne, est facile à reconnaître, un diagnostic précis est souvent difficile à poser.

Supposons par exemple une femme enceinte dont le fibrome soit dans cette période d'excitation décrite par Lambert dans sa thèse, période qui précède souvent la suppuration du myome. Il pourra être très difficile de savoir si la femme est enceinte. Dans la grossesse les règles sont supprimées, mais les écoulements de sang occasionnés par le fibrome peuvent très bien les simuler. L'augmentation de l'utérus permet en général de juger de son état de gravidité, mais la tumeur, en prenant un développement rapide, peut très bien en imposer pour une grossesse.

La conduite du chirurgien ne sera pas la même suivant les cas : si en l'absence de grossesse une intervention immédiate sera volontiers entreprise, il n'en sera pas de même lorsque l'on aura constaté sa présence ; on n'aura plus seulement à s'occuper de la vie de la mère, mais encore de celle de l'enfant. « Vous ne devez intervenir dans la grossesse que quand des accidents immédiats menacent la vie de la mère. » Pinard (1).

(1) PINARD, *Comptes-rendus de la Société O. G. P.*, 8 juillet 1901.

La chirurgie ajournera probablement une opération en pensant qu'un traitement approprié calmera cette inflammation.

Un des meilleurs éléments de diagnostic, lorsque l'on soupçonne la grossesse, est fourni par un palper attentif, comme l'a fort bien indiqué M. Lepage.

« Il est rare que du 2^e au 3^e mois de la grossesse la tumeur formée par l'utérus ne présente pas en quelque point une souplesse particulière que l'on n'observe guère que quand il y a un œuf en train de se développer dans la cavité utérine » (1).

Même après le travail, des erreurs peuvent être facilement commises.

Il nous paraît très difficile dans certains cas de séparer la péritonite de la suppuration du myome. Nous voyons que parfois la suppuration du myome et même sa présence a été une trouvaille d'autopsie (observation Lever). Il nous semble que pareille erreur doit être évitée pourvu que l'on voit la malade avant l'éclosion de phénomène de péritonite généralisée. Un palper attentif joint au toucher permet de constater la présence du fibrome dans l'utérus.

La suppuration du myome s'accompagne de symptômes moins bruyants que la péritonite, la température est moins élevée, oscillant entre 38 et 39 degrés, la douleur moins vive, plus nettement localisée à la tumeur, le pouls ne présente pas la même fréquence, il est plus plein. Les vomissements, le facies spécial, une contraction douloureuse des muscles de l'abdomen appartiennent

(1) LEPAGE, *Société O. G. P.*, 10 juin 1902.

nent à la péritonite. Mais nous avouons volontiers qu'il existe des cas très embarrassants, d'autant plus que presque toujours, pour ne pas dire toujours, lorsque la suppuration n'envahit pas le péritoine, on trouve une réaction plus ou moins vive de la séreuse, témoins en sont les nombreuses brides et adhérences que l'on rencontre au cours des laparotomies.

Gerdy, dans un cas cité par Rotureau, prend un fibrome suppuré pour une grossesse extra-utérine dont le fœtus contenu dans la cavité péritonéale est putréfié, ce qui donne lieu au développement de gaz expliquant la sonorité de l'abdomen.

Remarquons tout d'abord qu'il existait des gaz distendant la cavité abdominale qui devaient singulièrement gêner l'examen. Si l'on assiste au début d'une grossesse extra-utérine, on voit se développer peu à peu dans les parties latérales de l'abdomen une tumeur et en même temps apparaître les signes de la grossesse. La tumeur est distincte de l'utérus et celui-ci, quoique volumineux, n'atteint pas les dimensions correspondant à l'époque de la gestation, il conserve sa souplesse et sa régularité, ce qui n'aurait lieu que dans le cas d'un fibrome nettement pédiculé. Quelque temps après la mort du fœtus on aurait assisté à un faux travail caractérisé par des contractions douloureuses de l'utérus, des hémorragies, de l'expulsion de lambeaux de caduque, une poussée galactogène.

Un fœtus mort après une grossesse ectopique donne à la main qui palpe l'abdomen une sensation de crépitation osseuse spéciale que le fibrome ne saurait provoquer.

On pourrait peut-être confondre un fibrome purulent

avec des débris placentaires restés dans la cavité utérine, mais il nous semble qu'un toucher intra-utérin permettra facilement de reconnaître des débris placentaires.

Mann (1) prend un fibrome suppuré pour un kyste ovarique suppuré multiloculaire avec adhérences probables ; il s'agissait en ce cas d'une tumeur fibreuse réduite à une véritable coque périphérique dont toute la partie centrale était remplie de pus, tumeur très nettement pédiculée. Il ne nous paraît pas y avoir d'éléments de diagnostic différentiel entre ces deux tumeurs quand par le palper ou le toucher on ne sent pas d'autres tumeurs fibreuses de l'utérus.

Braun (2) a confondu un fibrome suppuré avec un kyste dermoïde à pédicule tordu dans le cours de la grossesse ; peut-être aurait-on pu faire le diagnostic différentiel en constatant que la tumeur n'avait pas la consistance irrégulière que présentent souvent les kystes dermoïdes.

Le môle hydatiforme enfin se reconnaîtra facilement à son évolution particulière, la tumeur n'aura pas existé avant la grossesse, elle provoquera des hémorragies à répétition qui augmenteront régulièrement de quantité ; la tumeur revêt la forme de l'utérus, elle présente une consistance ramollie et inégale ; si le travail a eu lieu il y a eu expulsion de vésicules.

(1) MANN. *American journal of obstetr.*, 1887, p. 462).

(2) BRAUN. In *Wiener med. Woch.*, 1894, p. 360 et *Med. Press and Circular*, 5 décembre 1894.

PRONOSTIC

Le pronostic est sombre pour la mère et l'enfant, à moins que celui-ci n'ait quitté la cavité utérine lorsque la suppuration éclate.

Le pronostic, s'il doit être réservé pour la mère, ne doit pourtant pas être désespéré, puisque sur 23 observations réunies nous trouvons 7 cas de guérison.

Nous croyons toutefois que sa gravité diffère, suivant que la suppuration éclate au cours de la grossesse, immédiatement après le travail ou longtemps après l'accouchement, un mois au moins.

Au cours de la grossesse, nous ne trouvons qu'un cas de guérison (obs. Lefour) sur 5 cas en tout observés, les 4 autres s'étant terminés par la mort (obs. Ashwell, Lee, Veyssière et Varnier) et encore l'observation de Lefour est très critiquable, car il n'est pas certain que ce soit le fibrome qui ait suppuré.

Survenant immédiatement après le travail, la suppuration d'un fibrome est un phénomène des plus redoutables.

Deux fois seulement la guérison est survenue (obs. de Mauclaire et Gatti), onze autres fois, elle a entraîné la mort (obs. 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 20, 22, 23).

C'est quand elle éclate longtemps après l'accouchement, au moins un mois après, que la suppuration des fibromes présente le moins de gravité. L'utérus a eu le

temps de reprendre ses dimensions habituelles, la congestion de tous les organes du petit bassin a disparu, la femme n'est plus sous l'influence du shock occasionné par le travail. Quatre fois la guérison est survenue dans ces conditions (obs. 1, 2, 3, 5). Un seul cas de mort, celui d'Huguier.

Le pronostic dépend aussi de la décision du chirurgien. Plus une intervention aura lieu de bonne heure, plus elle aura de chances de réussir en évitant une propagation purulente au péritoine.

TRAITEMENT

Le traitement sera chirurgical, il aura pour but d'enlever la tumeur et le plus souvent l'utérus infecté.

On peut diviser en deux périodes l'histoire du traitement des fibromes suppurés au cours ou à la suite de la grossesse.

Avant l'ère de l'asepsie, on ne pratiquait pas d'interventions, on laissait évoluer l'affection, généralement la mort survenir. Nous ne trouvons qu'un cas, celui de Neugebauer Ludwig où l'observateur intervient et encore se borne-t-il à pratiquer une série de curettages, la tumeur ayant déterminé une fistule ouverte à la paroi abdominale.

C'est qu'alors toutes les opérations, mêmes entreprises avec le plus de chances de succès, donnaient une effroyable mortalité dès que le péritoine subissait les manipulations de l'opérateur ; à plus forte raison quand il s'agissait de toucher à une collection purulente, que l'on ne pouvait aborder que par voie transpéritonéale. On se bornait à pratiquer des manœuvres abortives.

Or, nous croyons que l'avortement ou l'accouchement prématuré, quel que soit le procédé employé pour le provoquer, sont des opérations absolument insuffisantes

et même dangereuses. Insuffisantes, car si elles débarassent l'utérus du produit de la conception, elles laissent subsister le foyer purulent sans lui apporter de modifications ; dangereuses, car elles exposent la mère à des hémorragies souvent redoutables et à toutes les complications septiques qui peuvent survenir du fait de la présence du fibrome suppuré et des rétentions placentaires qu'il sera difficile dans certains cas d'éviter.

Nous donnons toutes nos préférences à la myomectomie ou à l'hystérectomie. On ne peut d'ailleurs *a priori* pratiquer l'une ou l'autre de ces opérations.

La conduite du chirurgien devra varier suivant les cas et ce n'est souvent qu'une fois l'opération commencée qu'il pourra prendre une décision.

Si l'on se trouve en présence d'un fibrome nettement pédiculé dont le centre contienne une masse purulente, il nous semble que jeter une ligature sur son pédicule et enlever la tumeur en respectant l'utérus, doit être la conduite de choix. Il nous paraît d'ailleurs qu'il serait prudent, même en ce cas, de placer deux gros drains enfoncés jusqu'à la partie inférieure du petit bassin, pour pouvoir évacuer le pus par aspiration, si une péritonite éclatait.

Mais si la tumeur présente une large base d'implantation sur la paroi utérine, la myomectomie pourra être une opération des plus délicates. Elle comporte, en effet, de longues manipulations, des ligatures multiples et souvent délicates à exécuter. « Elle est, dit Richelot (1), plus difficile et plus dangereuse pendant la grossesse que dans

(1) RICHELOT. *Comptes rendus de la Société O. G. P.*, 8 juillet 1901.

l'état de vacuité, à cause du ramollissement des tissus et de développement des vaisseaux. »

Elle expose le chirurgien à ouvrir une cavité purulente dans le péritoine. Il est enfin des cas où elle est impraticable quand la tumeur est fortement enclavée dans le bassin.

Pour toutes ces raisons, l'hystérectomie nous paraît être dans la plupart des cas l'opération de choix qui pourra être précédée, si l'utérus est gravide et l'enfant viable, d'une césarienne rapide, dont les incisions utérines seront plus ou moins modifiées suivant les rapports que la tumeur affecte avec l'utérus.

L'hystérectomie a, en effet, l'immense avantage de permettre d'enlever d'un bloc la tumeur et l'utérus et de faire courir à la mère le moins de chances possible d'ouverture du foyer dans l'abdomen.

La grosse difficulté de l'hystérectomie sera dans ce cas l'hémostase, par suite de la grande vascularisation des organes. Aussi croyons-nous préférables aux autres les procédés d'hystérectomie qui font l'hémostase préventive des pédicules vasculaires. Le procédé américain semble être le plus satisfaisant comme technique et comme résultats.

C'est d'ailleurs à l'hystérectomie totale qu'ont eu recours la plupart des observateurs, dans les cas heureux terminés par la guérison (Mann, Gatti dans deux cas, Maucclair).

Nous réserverons à la voie vaginale l'ablation de polypes insérés sur le col et qu'une intervention des plus aisées permettra de supprimer.

Dans tous les autres cas, même dans ceux où la

tumeur s'insère sur le segment inférieur, nous croyons préférable, à moins qu'une fistule ne se soit formée, ouverte dans le vagin et permettant lavage ou curettage de sa cavité, d'opérer par la voie abdominale, car on risque beaucoup moins d'ouvrir un abcès dans le péritoine et on retire plus facilement la tumeur et son contenu.

NUMERO DE L'OBSERVATION	DATE DE L'OBSERVATION	AUTEUR	AGE DE LA MALADE	DIAGNOSTIC DE PROBABILITÉ QUI FUT POSÉ	DATE DES ACCIDENTS PAR RAPPORT A LA GROSSESSE
1	1866	NEUGEBAUER.	35	Fibrome utérin pédiculé.	3 mois après accouchement, ouverture d'un fistule de la paroi abdominale.
2	1875	LEFOUR.	39	Suppuration d'un fibrome.	Au 6 ^e mois de la grossesse.
3	1887	MANN.	38	Kyste ovarique suppuré.	6 mois après fausse couche 3 mois.
4	1894	HERMAN.	40	Tumeur irrégulière et fluctuante.	2 mois après accouchement.
5	1895	GATTI.	35	Endométrite déciduale après un avortement dans un utérus contenant un fibrome.	1 jour après fausse couche.
6	1895	GATTI.	43	Inconnu.	1 an après accouchement.
7	1906	MAUCLAIRE.	32	Fibrome et grossesse.	3 jours après avortement 2 mois.
8	1835	ASHWEL.	34	Tumeur.	En même temps que le travail.
9	1842	LEE.	30	Tumeur.	Au 5 ^e mois de la grossesse. Déterminant accouchement prématuré.
10	1842	LEVER.	Inconnu	Inconnu.	3 jours après accouchement 8 ^e mois.
11	1844	BARNETCHE.	42	Tumeur fibreuse.	1 jour après accouchement difficile.
12	1844	INGLEBY.	Inconnu	Inconnu.	Après avortement de six mois.
13	1844	INGLEBY.	Inconnu	Inconnu.	Forceps impossible.
14	1850	FERGUSSON.	Inconnu	Inconnu.	Immédiatement après accouchement et forceps.
15	1857	HUGUIER.	41	Tumeur fluctuante.	2 mois après fausse couche.
16	1866	SPIEGELBERG.	40	Tumeur.	2 jours après avortement 5 mois.
17	1866	LELONG.	36	Inconnu.	1 jour après accouchement.
18	1873	VEYSSIÈRE.	33	2 tumeurs fibreuses.	Péritonite précède de 2 jours avortement de 4 mois.
19	1879	TARNIER.	33	Inconnu.	Grossesse à terme nécessitant un Porro. Accident 7 jours après l'intervention.
20	1884	HIRIGOYEN.	Inconnu	Inconnu.	Péritonite après accouchement.
21	1886	VARNIER.	37	Tumeur fibreuse.	Péritonite précède expulsion du fœtus.
22	1889	ISCHWALL.	36	Grossesse trigémellaire.	Péritonite 2 jours après accouchement.
23	1894	BRAUN VON FERNWALD	43	Grossesse extra-utérine ou kyste dermoïde.	1 jour après accouchement difficile.

OPÉRATION	DESCRIPTION DE LA TUMEUR	RÉSULTAT
curettages successifs suivant le trajet fistuleux.	On enlève 2 ⁵ onces de tissu morbide.	Guérison.
Pas d'intervention.	Le pus s'écoule par le vagin pendant 10 jours ; la grossesse continue ; 2 ans après la tumeur a complètement disparu.	Guérison.
Hystérectomie sus-vaginale.	Fibrome pédiculé contenant 2 litres 1/2 de pus.	Guérison.
Myomectomie.	Tumeur constituée par une coque de tissu fibreux contenant du pus dans lequel baigne la partie centrale de la tumeur.	Guérison.
Hystérectomie abdominale totale.	Fibrome contenant une cavité sphérique pleine de pus.	Guérison.
Hystérectomie abdominale totale.	Fibrome sphérique cont ^t une cavité pleine de pus.	Guérison.
Curettage 6 jours après avortement.	Fibrome suppuré contenu dans la paroi utérine.	Guérison.
Hystérectomie supra - vaginale 1 mois après avortement.		
Pas d'intervention.	Péritonite. Pus contenu dans une fissure traversant la tumeur.	Mort.
Pas d'intervention.	Péritonite. Tumeur fibreuse enflammée et suppurée.	Mort.
Pas d'intervention.	2 tumeurs fibreuses ramollies et suppurées.	Mort.
Pas d'intervention.	Péritonite. 3 tumeurs fibreuses dont l'une contenait une cavité pleine de pus.	Mort.
Pas d'intervention.	Septicémie. Tumeurs amollies et suppur. au centre.	Mort.
Pas d'intervention.	Tumeurs utérines ramollies et suppurées au centre.	Mort.
Pas d'intervention.	Péritonite. Perforation utérine. Tumeurs fibreuses suppurées.	Mort.
Pas d'intervention.	Péritonite. Fibrome cont ^t de nombr. loges de pus.	Mort.
Pas d'intervention.	Tumeurs remplies de cavités contenant un liquide purulent.	Mort.
Pas d'intervention.	Péritonite. Corps fibreux flot. dans une cavité pur.	Mort.
Pas d'intervention.	Péritonite. Enveloppe fibreuse du myome séparée de la tumeur par une grande quantité de pus.	Mort.
Porro.	Péritonite. Tumeur fibreuse parsemée de cavités purulentes.	Mort.
Pas d'intervention.	Péritonite. 3 corps fibreux cont ^t débris purulents.	Mort.
Pas d'intervention.	Péritonite. Fibrome contenant de grandes cavités pleines de pus.	Mort.
Pas d'intervention.	Péritonite. 3 grosses tumeurs dont l'une contenait une cavité pleine de pus.	Mort.
Myomectomie.	Péritonite. Cavité pleine de pus creusée dans un fibrome.	Mort.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — *Guérison après opération.* — NEUGEBAUER LUDWIG, in *Monatsschrift für Geburtsk.*, n° 28, 1866, p. 401 (Résumée).

Fibrome sous-péritonéal pédiculé et suppuré.

Jeanne Z..., 35 ans.

Réglée à 13 ans. Mariée à 24 ans en 1855.

1^{re} grossesse en 1856 ; dans le cours de sa grossesse, violentes douleurs abdominales à la suite d'un refroidissement.

Accouchement et délivrance normaux.

Une heure après la délivrance, en examinant la malade, on constate qu'il reste dans le ventre une tumeur ronde, dure, d'un volume considérable.

Suites de couches normales. Dans le cours du 1^{er} mois la tumeur diminue un peu, puis reste stationnaire.

Dans le cours des 10 années suivantes, la malade a 4 grossesses normales ; la dernière en mars 1865. La tumeur persiste.

En juin de la même année, elle ressent de vives douleurs dans la région de la tumeur ; elle se ramollit superficiellement et s'ouvre spontanément à la peau au-dessous de l'ombilic, au mois de juillet. Il s'écoule du pus fétide. L'orifice, qui était au début du calibre d'un pois, s'agrandit progressivement.

La malade s'amaigrit beaucoup ; mais ne présente pas de fièvre.

Eramen de la malade. — On trouve par la palpation abdominale une tumeur du volume d'un fœtus de 5 à 6 mois. Tumeur ronde, complètement médiane, adhérente à la paroi abdominale antérieure. Une palpation plus profonde la montre se prolongeant vers le petit bassin par un cordon fibreux dur qui la rattache probablement à l'utérus.

Le toucher vaginal montre que la tumeur n'est pas mobile avec l'utérus, mais quand on tire profondément sur la tumeur, l'utérus est entraîné en haut ; c'est donc très probablement un fibrome utérin pédiculé.

L'ouverture de la fistule abdominale est au milieu de la ligne blanche sous-ombilicale ; elle a un diamètre d'un doigt, des bords taillés à pic, elle donne issue dans une cavité tapissée d'une membrane pyogénique remplie d'une masse blanc grisâtre, mobile dans son intérieur sauf en un point où elle adhère.

La malade n'a pas de fièvre et ne souffre pas, néanmoins pour la débarrasser de ce foyer de suppuration on décide de l'enlever par morcellement en plusieurs fois.

Le 23 décembre, on enlève au doigt et à la curette un once de la tumeur. Le soir frissons et fièvre qui cèdent au bout de deux jours.

Le 5 janvier, ablation de 2 onces.

Le 11 janvier, 10 onces.

Le 20 janvier, on enlève le reste. On lave la poche à l'eau chaude, on tamponne.

La plaie continue à suppuré quelque temps. Puis la suppuration diminue progressivement, la poche se rétracte et à la fin de février, la plaie est complètement fermée et la malade guérit.

Examen des débris enlevés. — La masse totale de la tumeur, du poids de 25 onces, était formée en partie de tissus sphacelés à odeur fétide, en partie de masses dures, concrétions calcaires.

Au microscope, elle parut formée de fibres musculaires lisses, séparées par du tissu conjonctif peu abondant. Ces fibres, à certaines places atteintes de désintégration moléculaire, à d'autres, de dégénérescence graisseuse à divers degrés.

Les concrétions calcaires sont formées de tissu calcaire amorphe.

En somme leiomyome pédiculé de l'utérus, atteint d'abord d'un processus inflammatoire à la périphérie, puis de nécrose centrale.

Obs. 2. — LEFOUR. — *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement* (Résumée), cas communiqué par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. In LEFOUR, Thèse agrégation, Paris, 1880.

Fibrome et grossesse, évacuation du fibrome purulent.

M^{me} X. ..., âgée de 39 ans, mariée à 35 ans ; elle a peu après son mariage, des phénomènes de congestion utérine qui me conduisent à lui faire des scarifications du col. Dès cette époque, je sens dans la paroi antérieure de l'utérus à gauche, un noyau d'induration qui me fait admettre la présence d'une tumeur fibreuse. Cette tumeur grossit jusqu'au volume d'une noix. Cet état était très supportable, lorsqu'en novembre 1875, cette dame m'annonce que ses règles se sont supprimées. Elle croit être enceinte.

Le 11 janvier 1876, cette dame qui avait perdu un peu de sang dans la journée, est prise pendant la nuit d'hémorragies effrayantes. Consultation avec mon collègue M. Siredey, le 13 janvier. Nous constatons ensemble la présence d'une tumeur dure du volume d'un œuf, occupant la région antérieure de l'utérus au-dessus du ligament large gauche. L'écoulement sanguin s'est modéré, mais il continue.

Position horizontale, glace. lavements laudanisés ; peu après l'hémorragie diminue et s'arrête.

A partir de ce moment, la patiente est maintenue dans son lit le plus souvent, et quand on lui permet de se lever, elle reste étendue sur sa chaise longue. Sa tumeur grossit constamment et à mesure que l'utérus se développe, il proémine au-dessus du pubis et se détache mieux du corps de l'utérus.

A la fin d'avril, après avoir souffert davantage pendant quelques jours, la malade se plaint d'être mouillée par un écoulement vaginal. Elle perd du pus assez abondamment pendant une dizaine de jours. Ce n'est guère que vers le 15 mai que j'entends les bruits du cœur au-dessus du niveau de la tumeur qui masque toute la région antérieure et inférieure de l'utérus.

A la fin de la grossesse, la tumeur située au-devant de l'utérus a un volume considérable, celui d'une tête de fœtus à terme.

Le 17 juillet, accouchement assez laborieux que l'on est obligé de terminer par une prise de forceps.

Suites de couches normales.

1^{er} septembre, retour des règles assez abondantes pendant 2 jours.

Le 7 septembre, je constate que l'utérus, encore un peu volumineux est très régulier, sauf au niveau du cul de sac antérieur gauche.

La malade se lève sans souffrir et part à la campagne.

En février 1877, j'examine de nouveau cette dame. Je fus surpris de ne pas retrouver la tumeur.

Obs. 3. — MANN, in *American Journal of Obstetr.*, 1887, p. 462

Fibrome utérin. Pus dans la cavité. Grossesse récente. Hystérectomie, Guérison.

38 ans, mère de 2 enfants.

S'aperçut d'une tumeur abdominale il y a 7 ou 8 ans ; la tumeur apparut d'abord dans la région ovarienne gauche. Elle a grossi lentement.

Il y a 6 mois, fausse couche de 3 mois.

Quatre mois après, elle commença à avoir de légers frissons et de la fièvre, revenant tous les 3 ou 4 jours.

Pendant cette dernière année, elle avait maigri.

Quand je la vis, elle avait : température, $38^{\circ} 5$, et pouls, 120.

Ses règles revenaient tous les 15 jours et étaient très abondantes.

L'abdomen était de forme irrégulièrement conique : la tumeur était ferme, mais pas très dure, et donnant une sensation vague de fluctuation profond. Elle n'était pas sentie à travers le vagin.

Diagnostic. — Kyste ovarique suppuré, multiloculaire avec adhérences probables.

L'opération est déclarée urgente et le résultat douteux.

L'opération est faite le 7 octobre 1886.

En ouvrant la cavité abdominale, on trouve des adhérences partout, mais lâches, faciles à rompre et non hémorragiques. La tumeur apparut blanche comme un kyste de l'ovaire et au premier abord je ne reconnus pas sa nature.

Elle me semble cependant contenir du liquide et en enfonçant profondément un trocart, j'évacuai deux litres et demi de pus.

Son pédicule était large et mince. Je mis une ligature élastique à son niveau et j'enlevai la tumeur, puis je remplaçai la ligature élastique par un clamp à demeure.

J'avais pris le plus grand soin à empêcher le pus de se répandre dans la cavité péritonéale ; mais de crainte qu'il ne s'en soit épanché quelques gouttes, je fis un lavage de la cavité péritonéale à l'eau bouillie. Sutures du péritoine au catgut et du reste au fil d'argent.

Le premier et le deuxième soir après l'opération, la température monta à $38^{\circ} 5$, qu'elle n'atteint pas depuis.

Le clamp fut enlevé le 10^e jour.

La malade guérit parfaitement.

En examinant la tumeur, on fut convaincu que c'était un fibrome kystique de l'utérus, et que c'était moins une tumeur distincte qu'un élargissement général du corps utérin. La cavité purulente était déchiquetée et irrégulière, et était creusée très près de la cavité utérine. La tumeur contenant le pus pesait 8 kilogrammes.

Obs. 4. — HERMAN, in *The Lancet*, 8 décembre 1894.

Ablation par section abdominale d'un fibrome utérin sous-péritonéal devenu libre dans la cavité abdominale, nécrosé et creusé dans une cavité purulente.

Malade âgée de 40 ans ; entre à l'hôpital de Londres le 31 août 1892.

Mariée depuis 10 ans. Bien réglée et bien portante jusqu'à ce qu'elle devienne enceinte en octobre 1891.

Le 16 juin 1892, elle accouche d'un enfant mort ; un mois après, elle est forcée de se mettre au lit, symptômes fébriles.

Le Dr Hermann constate la présence de masses péri-utérines dont il fait des fibromes sous-péritonéaux.

Deux semaines avant son entrée à l'hôpital, elle est prise de violentes douleurs dans l'abdomen, de vomissements et de diarrhée.

Elle entre à l'hôpital, et pendant la première partie de son séjour elle est vue par le Dr Lewers qui donne sur elle la note suivante :

Il y a une tumeur dans l'abdomen, siégeant surtout du côté droit, atteignant un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, masse irrégulière et fluctuante ; à la percussion elle n'est pas précisément mate, mais elle est moins sonore que partout ailleurs. Par le vagin on sent l'utérus fixé, et le pourtour du col est induré ; la cavité utérine a 8 centimètres.

En plus signes de pneumonie à la base du poumon gauche.

Durant le mois de septembre, la température monte presque tous les soirs à 39°. Diarrhée légère mais persistante. La tumeur ne diminue pas.

On décide une laparotomie exploratrice.

Le 30 septembre on fait une petite incision sur le milieu de la ligne blanche. Le péritoine pariétal est épaissi et adhérent à la tumeur. En dehors des adhérences, on ouvre une cavité purulente, on sent une masse solide dans cette cavité, on agrandit l'incision, on trouve une masse fétide de tissu solide gris blanchâtre ; cette masse est saisie et enlevée, elle était tout à fait libre dans la cavité purulente.

Cette cavité était séparée de la grande cavité péritonéale par des adhérences solides en haut et à droite ; à gauche on déchire les adhérences en ouvrant un peu la cavité péritonéale, mais l'espace ainsi ouvert semble également limité par des adhérences plus profondes.

Les parois de cette cavité avaient le caractère des parois utérines.

La cavité utérine et la cavité péritonéale furent bourrées de gaze iodoformée.

La plaie fut fermée sauf l'espace laissé pour le drainage.

La masse enlevée était formée de tissu fibreux entrelacé, c'était évidemment un fibrome utérin nécrosé en masse : il pesait 10 onces.

La température après l'opération ne monta pas au-dessus de 37° 4.

La gaze fut enlevée le 3 octobre, la cavité lavée à l'acide carbonique. La plaie était fermée le 12 novembre et la malade sort guérie le 3 décembre.

Obs. 5. — GATTI, in *Policlinico Roma*, 1895 (II, Chir., p. 324)
(Résumée).

Fibrome utérin. Avortement. Endométrite déciduale. Absès central du fibrome. Hystérectomie abdominale. Guérison.

Malade âgée de 35 ans, entre à l'hôpital de Turin le 23 février 1894.

Elle a toujours été d'une constitution délicate. Réglée à 15 ans. A 17 ans, fièvres intermittentes. Depuis deux ans, les règles viennent irrégulièrement tantôt tous les 25, tantôt tous les 15 jours, et durent de 7 à 8 jours. Pertes blanches. Constipation habituelle.

Depuis 2 ans aussi, la malade commence à remarquer, dans la région sus-pubienne et plutôt du côté gauche, le développement d'une tumeur dure, du volume d'une grosse pomme ; elle ressent, surtout aux époques menstruelles, des douleurs dans la région lombaire.

Le 10 janvier 1894, après un intervalle menstruel de 25 jours, commence tout à coup une métrorrhagie considérable qui va continuer, avec des accalmies et des recrudescences, jusqu'à la fin de février.

Pendant tout ce temps, la malade est triste, affaiblie, sujette à de fréquents évanouissements, ne peut plus vaquer à ses affaires, et a souvent de la fièvre.

Dans la soirée du 22 février, les pertes deviennent plus abondantes avec expulsion de gros caillots noirâtres.

Le lendemain matin on transporte la malade très affaiblie à l'hôpital, les pertes s'arrêtent spontanément.

Examen de la malade. — A la palpation abdominale, on constate une tumeur arrivant à l'ombilic, globuleuse, de surface lisse, de consistance plutôt molle.

A l'exploration vaginale, on sent une tumeur dépendant de l'utérus et un col mou, assez dilaté pour livrer passage à deux doigts. On pense à une fausse couche ; la malade accuse, en effet, depuis quelques mois des nausées, des vomissements, des éblouissements, des modifications du côté des seins.

On porte alors le diagnostic d'endométrite déciduale suivant un avortement dans un utérus atteint de fibrome.

Le 22 février 1894, on fait un curettage qui ramène des débris divers que le microscope montre être des villosités chorionales, du tissu glandulaire et des cellules de pus.

Malgré le curettage, la température qui oscillait entre 39° et 40°,5, descend d'abord à 38°,5, mais reste les jours suivants à 38°,6 le matin et 39° le soir.

En présence de cette fièvre persistante, de la persistance aussi d'une grosse masse utérine et d'un écoulement vaginal muco-purulent, on se décide à intervenir.

Le Prof^r Carle pratique l'hystérectomie abdominale totale ; il trouve une masse solide irrégulièrement ovalaire, très volumineuse, dépendant de l'utérus, non adhérente aux organes voisins.

Après l'opération, la température descend à la normale et s'y maintient. La malade se sent de suite soulagée et elle quitte l'hôpital le 13 avril, 26 jours après l'opération.

Examen de la tumeur. — La tumeur a l'aspect d'un utérus gravide de 7 mois, elle est dure dans sa partie postéro-latérale droite ; elle est molle et fluctuante dans sa partie antéro-latérale gauche.

Le museau de tanche est mou et dilaté, sa muqueuse lisse. La cavité utérine, située sur le côté droit de la tumeur, est allongée et dilatée, sa surface est lisse et dure, elle présente un polype attaché au fond et deux petits fibromes interstitiels.

La masse néoplasique est développée dans la partie antéro-latérale gauche de l'utérus, là où on sentait la fluctuation.

Si on incise au point ramolli à une profondeur de 2 centimètres, on arrive dans une cavité sphérique, du diamètre d'environ 12 centimètres d'où coule un pus verdâtre, très fétide, contenant des débris sphacelés.

La partie postérieure de la tumeur a l'aspect ordinaire des tumeurs fibreuses.

Les parois de l'abcès ont une épaisseur maximum de 2 centimètres en avant, et une épaisseur minimum de 1 centimètre 1/2 en arrière, le séparant de la cavité utérine.

Annexes droites normales.

Ovaire gauche kystique.

Examen histologique et bactériologique. — Les cultures du pus donnent un seul type de micro-organismes, un coccus, plutôt petit, isolé, ou en groupes, bien coloré par le Gram.

Sur le bouillon à 37°, il donne, au bout d'un jour, un trouble diffus ; le jour suivant un trouble plus intense avec dépôt blanchâtre et flocons au fond du tube.

Sur agar, en strie, à 37°, il montre un développement rapide de colonies petites et rondes en amas, qui s'unissent pour former une croûte blanchâtre diffuse.

Sur sérum, mêmes colonies un peu plus grosses sur gélatine, par piqûre profonde, il se développe des colonies petites transparentes, à peine distinctes les unes des autres, le long de la piqûre, avec un petit globe au pôle inférieur.

De plus, au bout de 2 ou 3 jours, commence la fusion de la gélatine.

L'inoculation assez abondante de culture sur bouillon sous la peau d'un lapin et dans le péritoine d'un cobaye ne donne aucun résultat.

Nous pouvons conclure qu'il s'agit du *staphylococcus pyogenes albus*.

La paroi de l'abcès est formée d'une membrane pyogène épaisse de 1 centimètre ; le tissu musculaire situé immédiatement au-dessous est infiltré de cellules purulentes et en voie de nécrose et de liquéfaction.

La trame musculaire qui sépare la cavité de l'abcès de celle de l'utérus est formée de tissu musculaire en dégénérescence nécrotique, riche en vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques ; la lumière de ces vaisseaux, surtout des vaisseaux sanguins, est souvent oblitérée par une substance amorphe décolorée, par des cellules de pus et des microcoques longeant la paroi du vaisseau.

La paroi de la cavité utérine est dépourvue d'épithélium, ce qui n'est pas étonnant, la malade ayant été curettée. On en trouve des traces dans les culs-de-sac des glandes qui persistent. A la surface du polype se trouvent des amas de cellules purulentes et de cocci libres ou contenus dans une cellule de pus. Le tissu conjonctif intraglandulaire est en proie à l'infiltration purulente.

Le tissu du fibrome en un point éloigné de l'abcès est formé de faisceaux de fibres musculaires lisses séparées par des stries de tissu conjonctif.

En somme, dans ce cas, il nous semble que le fibrome a interrompu la grossesse et produit l'avortement ; d'autre part, la grossesse a influencé le fibrome en déterminant le ramollissement d'une de ses parties ; enfin l'avortement, en produisant une endométrite septique à staphylocoques, a causé par propagation vasculaire des micro-organismes au point ramolli du fibrome la suppuration de la tumeur.

Obs. 6. — GATTI, *Il Policlinico*, 1895 (II, Chir.), p. 328 (Résumée).

Fibrome utérin suppuré. Hystérectomie. Guérison.

Malade âgée de 43 ans, entre à l'hôpital de Turin le 21 mars 1895.

Mariée à 30 ans ; à 34 ans, il y a 3 ans, première et unique grossesse ; dystocie, application de forceps. Durant l'accouchement, le médecin s'aperçoit de la présence d'une tumeur dure, mobile dans le petit bassin.

Durant 5 ans, la tumeur grossit lentement, ayant une forme ronde et une situation médiane, causant des douleurs très vives surtout avant et pendant les règles.

Il y a 4 ans, la malade présente des symptômes de paralysie agitante localisés dans le bras droit, puis plus tard dans la jambe droite.

Il y a deux ans, pendant quelques jours, elle présenta des frissons prolongés, une température élevée et une augmentation d'intensité des douleurs à l'hypogastre et dans les lombes.

Ces symptômes réapparaissent par accès soudains, sans cause apparente.

Dans ces derniers mois, développement rapide de la tumeur, constipation, état général assez bon.

Examen de la malade. — Maladie de Parkinson localisée à la main et à l'avant-bras droits.

Abdomen très augmenté de volume, surface régulière. Circonférence au niveau de l'ombilic : 1^m,04 ; au-dessous de l'ombilic : 0^m,99.

La percussion dénote une matité de presque tout l'abdomen, limitée en haut par une ligne à convexité supérieure passant à 2 centimètres au-dessus de l'appendice sternal. On sent la fluctuation et le flot.

L'examen bimanuel montre que le col utérin est en connexion et se meut avec la tumeur.

On fait une ponction exploratrice qui ne donne rien.

Opération le 4 avril. On trouve une tumeur molle et fluctuante. On fait l'hystérectomie abdominale totale.

A la suite de l'opération, très bon état, température, 38°,7.

La malade quitte l'hôpital 20 jours après.

Examen de la tumeur. — Tumeur sphérique, de consistance molle, en bonne partie fluctuante, pesant 11 kilogr. 600.

En l'ouvrant on trouve un sac plein de pus tapissé d'une membrane pyogénique à l'extérieur de laquelle sont des tractus de tissu musculaire d'une épaisseur d'un demi-centimètre. Une autre partie de la tumeur est formée d'une masse de tissu musculaire œdémateux, brunâtre, en voie de nécrose, du volume d'une tête de fœtus à terme ; contre cette masse, au côté droit de la tumeur totale, est située la cavité utérine réduite à un canal où une sonde cannelée s'enfonce de 12 centimètres.

Le pus contient du staphylococcus pyogenes albus.

La masse myomateuse a une partie en dégénérescence œdémateuse, une partie en voie de nécrose avec infiltration de cellules de pus.

La muqueuse de la cavité utérine est pâle, son épithélium est aplati avec atrophie des tubes glandulaires.

Obs. 7. — MAUCLAIRE. — *Compte-rendu de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, Séance du 12 mai 1906.*

Suppuration d'un fibrome utérin consécutivement à une fausse couche avec fièvre.

X..., âgée de 32 ans, entre le 22 février 1906 dans mon service à l'hôpital Dubois. Dans les antécédents de cette malade on note une fausse couche il y a 5 ans. Cette jeune femme est toujours bien réglée sans métrorrhagie ni ménorrhagie. Les dernières règles dateraient du mois de janvier dernier.

13 février. — Pertes de sang très abondantes avec caillots et fausses membranes après manœuvres abortives probablement.

22. — A l'examen de l'abdomen je note une grosse tumeur du volume du poing, au-dessus du pubis, à droite de la ligne médiane et collée contre l'utérus. Elle a une consistance ligneuse. A sa partie supérieure elle est bien distincte de ce que je crois être le fond de l'utérus. Le col est mou et entr'ouvert. L'utérus paraît repoussé à gauche.

La tumeur et l'utérus forment une masse qui occupe tout le bassin et déborde la symphyse à droite comme je l'ai indiqué. Pas de fièvre.

La malade est maintenue en observation, car je ne sais pas si la fausse couche est faite.

25. — Expulsion d'un fœtus de 2 mois.

28. — Expulsion de caillots. La température monte à 39°, elle persiste les jours suivants.

2 avril. — Curettage utérin qui ramène peu de débris placentaires. La canule utérine est déviée à gauche. Avec l'hystéromètre, on se dirige à gauche indépendamment de la grosse tumeur dont le volume et la consistance ne diminuent pas.

Les jours suivants la malade a des oscillations de température très grandes en rapport avec une suppuration très abondante s'écoulant par l'orifice du col utérin. Une tige Mouchotte est mise dans l'utérus mais chaque fois que l'on touche à celui-ci, la température s'élève. La malade ne peut supporter la tige.

6. — La température descend à la normale. La tumeur face utérine présente toujours les mêmes caractères. Il n'est plus possible de penser à un utérus non regressé. L'abondant écoulement de pus phlegmoneux et verdâtre persiste.

26. — Laparotomie. Je trouve un utérus fibromateux très volumineux asymétrique. La moitié droite est déformée par le fibrome inters-

titiel. Sur le fond de l'utérus on voit s'insérer un petit fibrome sous-péritonéal à pédicule et du volume d'une mandarine. Les annexes sont saines. Hystérectomie supra-vaginale.

Les suites opératoires ont été régulières.

A l'ouverture de la cavité utérine, on voit que celle-ci est légèrement augmentée de volume. Mais en avant existe une surface au niveau de laquelle la paroi est irrégulière avec des saillies multiples recouvertes de pus. Cette masse n'est pas énucléable ? S'agit-il d'un fibrome suppuré ou de fragments placentaires utérins. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de fibrome (M. Petit) ou de fibro-sarcome (Ferrand).

Obs. 8. — ASHWELL, in *Guy's Hospital Rep.*, 1836, 1^{re} sér., vol. I.

Grossesse et fibrome suppuré.

M. . . , 34 ans, mariée depuis 12 ans sans être devenue enceinte.

En février 1835, entre à l'hôpital. Elle portait à droite de l'abdomen, depuis plusieurs mois, une tumeur qui avait grossi rapidement, et qui était devenue en même temps très douloureuse à la pression.

A la suite d'une métrorrhagie, elle expulsa un premier fœtus, puis 2 heures après un deuxième fœtus. Le placenta ne sortant pas, on dut faire une délivrance artificielle.

La malade était en collapsus et mourut quelques heures après.

Autopsie. — Péritonite généralisée, surtout marquée au voisinage de la tumeur utérine ; la tumeur était peu vasculaire, mais ramollie, et du pus s'était formé dans une sorte de fissure qui traversait la tumeur. Cette tumeur, très douloureuse, s'insérait sur le fond de l'utérus par un pédicule large et court ; sa capsule était complète.

Des coupes de la tumeur montrent le contour arrondi des portions à fibres enroulées disséquées par la dégénérescence purulente. Deux autres tumeurs semblaient commencer à se ramollir.

Obs. 9. — LEE (R.), in *Clinical Midwifery*. London 1842 (Obs. 157).

Primipare, 30 ans, prise au 5^e mois de sa grossesse de vomissements, de fièvre, de douleurs avec augmentation de volume du ventre. L'utérus était porté à gauche et comprimé par une tumeur située à droite, dure, lobulée, douloureuse.

Cette tumeur prit un accroissement rapide et devint de plus en plus

douloureuse. La distension douloureuse devint telle qu'il fallut y mettre un terme en provoquant un accouchement prématuré, et qui se fit sans difficulté. Les symptômes s'amendèrent d'abord, mais la fièvre les vomissements et la distension douloureuse revinrent bientôt et amenèrent la mort.

Autopsie. — Tumeur fibreuse, enflammée, suppurée, s'insérant par un large pédicule au côté droit de l'utérus : le péritoine qui l'enveloppait adhérait aux parois de l'abdomen, à l'épiploon, aux intestins et au foie.

De nombreuses petites tumeurs, à l'état sain, se trouvaient en divers points des parois utérines.

Obs. 10. — LEVER, in *Guy's Hosp. rep.*, 1842, 1^{re} série, vol. VII.

L..., primipare, accouche au 7^e mois par un travail très douloureux. Le 3^e jour survient des frissons ; la région utérine devient douloureuse, surtout à la pression : elle mourut le 7^e jour,

Autopsie. — On trouve 2 tumeurs fibreuses interstitielles restées ignorées, ramollies, dégénérées et suppurées.

Obs. 11. — BARNETCHE. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1844 p. 521, résumée.

Tumeurs fibreuses de l'utérus. — Dystocie.

P..., âgée de 42 ans, mariée depuis 2 ans, irrégulièrement réglée, entre à la Maternité de Bordeaux le 24 juillet 1844.

Cette femme dit souffrir depuis 10 ans.

Divers médecins ont constaté qu'elle avait une tumeur squirrheuse mobile bosselée, facile à isoler de l'utérus et l'ont rapporté à une dégénérescence de la trompe et de l'ovaire gauche.

Il y a 2 ans elle avorta à 2 mois 1/2. M^{me} Debande, sage-femme qui l'a assistée, n'ose cependant l'affirmer car elle n'a pas suivi le travail et n'a pas vu le produit de la conception.

La malade se rétablit alors lentement.

Un an après elle redevient enceinte, dès le début de cette grossesse elle est très souffrante. M^{me} Debande appelée alors (la grossesse était de 6 semaines environ) acquit de nouveau la certitude qu'une tumeur existait dans la fosse iliaque gauche. Tumeur facile à isoler de l'utérus.

Elle ne peut alors trouver le col de l'utérus par le toucher vaginal bien que lors du 1^{er} avortement ce col se trouvait au centre du petit bassin.

Bientôt elle éprouva des symptômes de péritonite.

L'émission de l'urine fut impossible et pendant 8 jours on fut obligé de la sonder.

Ces accidents se dissipèrent mais la malade éprouva pendant tout le reste de sa grossesse des malaises.

Jamais la douleur ne fut douloureuse.

Le 21 juillet dernier, au terme présumé de la grossesse, début du travail, douleurs faibles ; perte des eaux dans la nuit du 22 au 23.

Impossible de reconnaître aucune trace de col utérin. 3 médecins réunis déclarèrent qu'il était impossible d'atteindre le col utérin et que l'opération césarienne était inévitable, l'enfant étant vivant.

P... fut alors dirigée sur la Maternité. La sage-femme en chef constata l'écoulement d'une assez grande quantité de méconium.

Le lendemain nous avons constaté les faits suivants. La palpation permet de reconnaître que la matrice est bosselée dans tout son contour supérieur. Il fut en outre constaté que l'enfant se présentait en sacro-coccyloïdienne droite antérieure.

Par le toucher vaginal on reconnaît le raccourcissement de la paroi recto vaginale déjetée en avant et sous la muqueuse vaginale une énorme tumeur qui repousse le rectum en avant.

Le col est situé à 54 millimètres environ au-dessus de la branche transversale du pubis. Pour l'atteindre on est obligé de mettre sous le siège de la malade un coussin très épais.

A l'auscultation on trouve un souffle utérin très fort mais pas de battements du cœur.

Le 27, la femme souffre. Le doigt introduit dans le col sent un cordon dur que nous croyons être le cordon ombilical mais dans lequel nous ne sentons pas de battements.

28. — La femme a des douleurs depuis 10 heures du soir, un pied se présente mais qui est très difficile à saisir.

M. Dupouy saisit le pied et exerce des tractions ménagées pendant qu'avec mes deux mains appliquées sur l'abdomen j'appréciai le mouvement et la résistance de l'utérus.

L'autre pied fut saisi et on arriva après quelques difficultés à extraire le fœtus.

28 juillet. — Pouls précipité, peau sèche, soif vive.

A 11 heures, pouls fréquent, face décolorée, ventre indolent et ballonné. Agitation. Diarrhée.

29. — 8 heures matin. Pouls filiforme, ventre très ballonné, très sensible, diarrhée. Un vomissement noirâtre.

Autopsie 18 heures après la mort. — Sérosité purulente très abondante dans l'excavation. Sérosité roussâtre dans la cavité abdominale. Sur le péritoine qui porte des traces manifestes d'inflammation aiguë, on ne trouve pas trace d'adhérences soit anciennes soit récentes.

L'utérus recouvert d'une couche purulente se déchire facilement.

La surface de l'utérus est parsemée de saillies mamelonnées qui la rendent inégale.

Il est surmonté de 3 tumeurs inégales occupant le fond et ses parties latérales gauche et droite. La plus grosse ayant le volume de la tête d'un enfant de 5 ans.

En l'incisant le scalpel pénétra dans une cavité considérable à paroi peu épaisses excepté en bas. Le parenchyme utérin s'opposant à toute communication avec la cavité utérine. Une quantité considérable de sérosité purulente s'écoula et après une pression modérée la cavité fut en partie vidée.

On trouva partout des fibres espèces de cordes tendues assez résistantes blanchâtres recouvertes d'une couche de pus les traversant en tous sens. Il en résulte des espèces de vacuoles ou cellules à moitié remplies d'une matière plus ou moins dense, pultacée, diffuente dans quelques autres. De quelle nature étaient ces tumeurs ? Étaient-elles squirrheuses comme l'avaient présumé pendant la vie plusieurs de nos confrères ? Nous ne le pensons pas tout en reconnaissant qu'avant l'autopsie cette opinion pouvait être défendue avec quelque succès. Nous croyons pièce sur table avoir affaire à une dégénérescence des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Obs. 12. — INGLEBY, *The Lancet*, 1844.

Tumeurs fibreuses sous-péritonéales multiples.

Avortement à 6 mois et demi ; fœtus mort et macéré.

Mère morte de septicémie, tumeurs utérines ramollies et suppurées au centre.

Obs. 13. — INGLEBY, *Edinb. Med. Journal*, 1836.

Grosse tumeur fibreuse du col et plusieurs autres dans les parois de l'utérus.

Forceps impossible ; mère et enfant morts. Tumeurs utérines ramollies et suppurées au centre.

Obs. 14. — FERGUSSON (R.), *Lee Med. Chir. Trans.*, 1835.

Multipare. Polype fibreux inséré au-dessus du col utérin, du volume des 2 poings.

Accouchement au forceps.

Mort de la mère. Péritonite par perforation utérine. Sa tumeur polypeuse était suppurée.

Obs. 15. — HUGUIER, in *Bull. Soc. Chirurg.*, 9 sept. 1857, t. VIII, p. 92 (Résumée).

Fibrome suppuré et grossesse.

Ch..., Marie, 41 ans, cuisinière, entre à l'hôpital le 31 juillet 1857.

A eu 10 enfants. Le 22 mai 1857 fait une fausse couche de 2 mois. La sage-femme remarque au moment de la délivrance, qu'il lui reste quelque chose dans la matrice. Les règles reparaissent au bout de 6 semaines, mais la malade continue d'être souffrante.

A son entrée à l'hôpital, elle est examinée par Alphonse Guérin, suppléant Huguiet

Il constate dans le bas-ventre une tumeur paraissant dépendre de l'utérus ; au toucher, on sent manifestement qu'elle est située en avant de l'utérus et fait saillie dans le vagin. Une sonde introduite dans la vessie est portée en arrière et en bas vers le coccyx et fait supposer que la tumeur est située entre la vessie qu'elle refoule en arrière et la paroi abdominale ; elle paraît avoir le volume d'une tête de fœtus à terme.

M. Guérin la croit fluctuante et formée par une collection purulente : en effet, la malade a de la fièvre et des élancements dans la région de la tumeur, phénomènes qui s'accroissent le 14 août.

Le 17 août, nouvel examen. L'utérus a sa longueur normale ; il est en légère rétroversion.

La vessie est toujours aplatie en arrière par la tumeur dont elle tapisse la paroi inférieure. La fluctuation de la tumeur est plus manifeste ; elle a augmenté de volume.

Dans la nuit, agitation, dyspnée, douleur abdominale.

Le 19 août, signes de péritonite aiguë.

Rétention d'urine, on sonde la malade ; la sonde n'est plus rejetée en arrière, la tumeur a diminué de volume, il est probable qu'elle s'est vidée dans le péritoine.

Les phénomènes de péritonite s'accroissent ; la mort se produit le 25 août.

Autopsie. — La paroi abdominale ouverte, on aperçoit une tumeur du volume d'une tête d'enfant de 5 ans et de forme ovale ; elle simule la vessie fortement distendue. Elle est placée sur la ligne médiane et remplit tout le petit bassin ; elle n'adhère pas à la paroi abdominale, mais l'intestin grêle est fixé à sa partie supérieure par des fausses membranes épaisses et purulentes.

Péritonite partout, léger épanchement et fausses membranes entre les anses intestinales.

Lorsqu'on soulève la tumeur, on constate en arrière dans l'excavation pelvienne un épanchement purulent contenant un verre de liquide.

A la surface supérieure et droite de la tumeur existe une perforation arrondie qui s'est faite par usure et dont les bords sont diminués : le diamètre de cette perforation est celui d'une pièce de 50 centimes : une matière grisâtre s'échappe au travers. En arrière de cette perforation on en rencontre une autre ayant 2 millimètres de diamètre.

Le pubis scié et enlevé, on soulève la tumeur avec le rectum qui n'adhère pas à sa paroi postérieure, alors on voit manifestement qu'elle a pour point de départ l'utérus, mais on n'aperçoit nulle part la vessie, l'insufflation montre qu'elle est déjetée à gauche et lui fait reprendre sa position normale.

Un cathéter introduit dans l'utérus montre que sa cavité est libre dans toute son étendue et que l'organe n'a pas augmenté de volume ; de chaque côté on voit les ovaires sains.

On découvre le vagin et le col de l'utérus que l'on fend longitudinalement de bas en haut et on arrive sur la tumeur.

La tumeur fendue elle-même de bas en haut laisse couler un pus épais avec une matière grisâtre, au milieu se trouvent plusieurs masses de nature évidemment fibreuse, de grosseurs différentes, mais ne dépassant pas le volume d'un œuf. Entre ces masses sont des loges qui contiennent du pus, mais qui communiquent toutes entre elles et couduisent à la perforation spontanée.

Les enveloppes de la tumeur sont formées par une couche corticale de tissu utérin dépendant de la paroi antérieure de cet organe ; leur épaisseur est de 4 à 5 centimètres dans la partie inférieure de la tumeur, tandis qu'à la partie supérieure elles sont très minces ; elles se détachent facilement de la tumeur qu'on peut énucléer du moins en grande partie. Les parois propres de la tumeur ont à peu près la même épaisseur, mais nulle part elles ne communiquent avec la cavité utérine, de sorte que la paroi antérieure de l'utérus s'est dédoublée

pour loger cette tumeur ; un feuillet la recouvre et la sépare du péritoine ; une autre passe en arrière et la sépare de la cavité utérine.

Obs. 16. — SPIEGELBERG, in *Monatsschrift für Geburtsk.*, 1866, p. 429.

Grossesse et fibrome. Septicémie. Embolies septiques.

40 ans, 5^e grossesse ; femme chétive, entre à l'hôpital le 29 janvier 1865 à cause d'une métrorrhagie durant depuis un mois et plus forte ces jours derniers.

Au moment de sa dernière grossesse, il y a deux ans, on s'aperçut déjà qu'elle avait une tumeur dans le ventre.

Actuellement une tumeur large de 13 centimètres, haute de 9, s'étend du fond de l'utérus jusqu'à la base du thorax ; molle, élastique, elle dévie à droite l'axe de l'utérus.

Fœtus vivant se présentant par les pieds : grossesse de 5 mois 1/2 : le travail est commencé. Pendant les douleurs, la tumeur devient plus dure et tend la paroi abdominale antérieure.

L'hémorragie cesse lors de la rupture de la poche des eaux : le travail est lent ; l'hémorragie est considérable après l'accouchement.

Dès le 2^e jour, phénomènes de péritonite.

Le 8^e jour, accroissement de volume et de sensibilité de la tumeur.

Le 16^e jour, symptômes d'endocardite.

Le 18^e jour, arthrite sterno-claviculaire gauche.

Le 26^e jour, albuminurie, suppuration de l'œil droit.

Le 30^e jour, collapsus et mort.

Autopsie. — La tumeur est un fibromyome, inséré à l'union du fond avec la paroi postérieure, il a 13 centimètres sur 9 1/2 et fait dans la cavité utérine une forte saillie de forme sphérique. La tumeur est mollasse, remplie de cavités isolées ou confluentes contenant un liquide séro-purulent jaunâtre et des flocons fibrineux. Toute la substance du fibrome est infiltrée et œdémateuse.

Exsudations épaisses autour de l'utérus : masses purulentes dans les vaisseaux et lymphatiques utérins.

Endocardite ulcéreuse. Épanchement séreux dans le péricarde : plèvres adhérentes : embolie à la partie inférieure du poumon gauche.

Obs. 17. — LELONG, *Bulletin Société anatomique*, Paris, 1868, p. 239.

Une femme âgée de 36 ans, enceinte pour la première fois et ayant eu une grossesse pénible accompagnée de douleurs dans le bas ventre

et les reins, accoucha le 7 février 1868 dans le service de M Empis, d'un enfant mort-né. Le travail de l'accouchement avait été long et fréquemment interrompu par l'absence de contractions ; la présentation s'était faite par le siège.

Dès le lendemain de l'accouchement, il se produisit quelques douleurs dans le ventre, puis peu à peu les symptômes d'une péritonite généralisée et la malade succomba le 29 février, après avoir présenté à diverses reprises des signes d'amélioration mais de courte durée.

L'autopsie montra outre les lésions de péritonite (pus et fausses membranes dans la cavité péritonéale) que l'utérus n'était pas enflammé, mais qu'il contenait plusieurs corps fibreux. L'un situé près du bord droit recouvert d'une couche de tissu utérin épaisse de 2 millimètres est gros comme un œuf de poule et fait saillie dans la cavité utérine ; l'autre situé en avant également contenu dans l'épaisseur du muscle, est du volume d'une noix ; un troisième, gros comme une noisette et mobile, grâce à une bourse muqueuse qui tapisse la cavité dans laquelle il s'est développé ; quelques corps fibreux sont mobiles à la surface de la matrice.

Obs. 18. — VEYSSIÈRE, in *Soc. anat.*, octobre 1873, p. 692.

Myomes utérins sous-péritonéaux suppurés. Grossesse concomitante.

Malade, 33 ans, entrée le 18 juillet dans le service d'Empis, à la Charité ; fait une fausse couche de 4 mois le 18 septembre ; passe dans le service de M. Cornil, le 20 septembre. Morte le 20 octobre

Un mois après son entrée dans le service de M. Empis, cette femme, chez laquelle on avait diagnostiqué deux tumeurs fibreuses sous péritonéales et une tumeur dans la fosse iliaque droite (kyste ou cancer de l'ovaire [?]) fut prise d'accidents de péritonite et d'une diarrhée persistante qui amena rapidement un amaigrissement extrême.

Sous l'influence de sa péritonite sans doute, elle avorte d'un fœtus de 4 mois environ. Deux jours après cet avortement elle passe dans le service de M. Cornil, le 20 septembre (on n'avait pas diagnostiqué la grossesse).

Faiblesse et amaigrissement extrême, douleur abdominale intense, diarrhée continuelle.

Le 22, ces accidents péritonitiques se montraient avec une nouvelle intensité. La malade va en s'affaiblissant et meurt le 28 octobre.

Autopsie. — Tumeur volumineuse occupant tout le côté droit de l'abdomen, et remontant jusqu'aux fausses côtes : adhérences du péri-

toine pariétal à la tumeur : 2 à 3 litres de pus séreux dans la partie libre du péritoine, c'est-à-dire à gauche de la tumeur.

La tumeur principale est dirigée obliquement de bas en haut, de gauche à droite, elle adhère par l'intermédiaire du grand épiploon qui lui est accolé, à l'estomac et au foie ; ces adhérences assez lâches pour être détruites avec le doigt l'unissent également aux anses intestinales à la partie inférieure de la vessie.

Cette masse, de forme ovoïde, mesurant 23 centimètres dans sa plus grande longueur, est constituée :

Par une enveloppe fibreuse résistante qui est unie aux organes voisins : cette enveloppe, de couleur ardoisée, surtout dans sa partie inférieure, renferme une masse dure, résistante, criant sous le scalpel, d'une couleur gris rosé à la coupe qui fait voir des fibres contournées et entre-croisées dont l'aspect est celui d'un myome.

Entre l'enveloppe et le myome se trouve une assez grande quantité de pus plus concret que le liquide séro-purulent qui remplit la cavité péritonéale.

La masse myomateuse est creusée en tous sens de cavernes et d'excavations remplies de pus : sa surface tomenteuse a l'aspect et la couleur de la substance grise du cerveau.

Obs. 19. — TARNIER, *Annales de gynécologie*, août 1879.

Tumeur fibreuse apportant un obstacle absolu à l'accouchement. Opération césarienne suivie de l'ablation de l'utérus et des ovaires d'après la méthode de Porro.

M^{me} X..., primipare, 33 ans, est depuis 20 ans atteinte d'une hernie inguinale gauche.

Habituellement, régulièrement réglée. Les dernières règles datent du 17 au 21 avril 1878.

A partir de mai, a tous les symptômes de la grossesse.

Le Dr Reinwillier, médecin de M^{me} X, après avoir constaté la présence d'une tumeur fibreuse, demanda l'avis de M. Tarnier qui examine, le 16 janvier 1878, la malade et exprime de grandes craintes sur l'issue probable de l'accouchement.

Le 18 janvier, M. Depaul, Reinwillier et Tarnier constatent les faits suivants : ventre volumineux ; le fond de l'utérus remonte jusqu'à la région épigastrique. Le fœtus se présente par l'extrémité céphalique, sa tête est située dans une espèce de loge située au-dessus et un peu en avant du pubis. Battements du cœur fœtal nettement perçus.

Par le toucher on trouve une énorme tumeur fibreuse qui remplit toute l'excavation pelvienne et refoule le col de l'utérus en haut et en avant, derrière le corps du pubis. Une autre tumeur fibreuse occupe la partie latérale gauche de l'utérus où elle est sentie par le palper abdominal.

D'un commun accord on décida d'attendre en espérant que les contractions utérines, lors de l'accouchement, déplaceraient la tumeur.

Néanmoins tout fut préparé pour pouvoir pratiquer l'opération de Porro.

M^{me} X .. fut placée dans une maison de santé.

Le 17 février 1879 au terme de sa grossesse, rupture des membranes, écoulement de liquide amniotique teinté de méconium, quelques petites contractions utérines

Le 21, les mouvements de l'enfant cessent et les battements du cœur disparaissent, on ne doute pas qu'il ne fut mort.

Les 22 et 23 quelques petits frissons, des vomissements, le liquide qui s'écoulait par le vagin devient peu à peu fétide.

Le 24, langue sèche, gaz dans la cavité utérine décelé par un son tympanique à la percussion.

Plus de contraction de l'utérus. Il est évident que la malade est atteinte d'infection putride.

Le même jour, M. Tarnier pratique l'opération césarienne.

Large incision du péritoine. On fait sortir de l'abdomen l'utérus et ses annexes. On remarque alors l'énorme développement des veines se rendant à l'utérus.

Une ligature est passée de chaque côté, sur chaque ligament large.

Incision de l'utérus. Des gaz fétides s'échappent de l'utérus. M. Tarnier fait l'extraction d'un fœtus et d'un placenta déjà putréfié.

Par des tractions modérées, on essaye de faire sortir de l'excavation la tumeur fibreuse qui y est engagée. Mais elle est fixée au petit bassin par des adhérences si solides qu'il est impossible de les rompre.

M. Tarnier prit le parti d'évider la partie centrale de cette tumeur et de n'en laisser subsister que la coque extérieure.

En incisant la tumeur, on en trouva le tissu ramolli et parsemé de cavités contenant un liquide purulent. Un fil de fer serré à l'aide du constrictor de Centrât fut fixé à l'union du corps et du col de l'utérus et une broche fut placée au dessus de ce fil de fer. Le pédicule comprenant non seulement l'utérus, mais encore l'enveloppe de la tumeur fibreuse fut maintenu en dehors.

Le corps de l'utérus et les ovaires furent ensuite incisés à 1 centimètre au-dessus de l'anse formée par le fil de fer.

La paroi abdominale suturée aux fils d'argent au-dessus et au-dessous du pédicule.

Trois jours après, la malade succombait avec le symptôme d'un empoisonnement septique.

Obs. 20. — HIRIGOYEN, in *Journal médecine de Bordeaux*, 24 février 1884.

Fibromes multiples. Accouchement à terme. Péritonite. Un fibrome sphacélé et purulent.

Femme primipare parvenue au terme de sa grossesse, extraction d'un enfant vivant se présentant par le siège en sacro-iliaque gauche antérieure.

Péritonite ; mort le 7^e jour après l'accouchement.

Autopsie. — Péritonite généralisée : pus collecté entre les anses intestinales et le cul-de-sac postérieur, de plus, collection purulente du volume d'une olive dans le ligament large droit refoulant la vessie à gauche.

Utérus. — 25 centimètres.

Dans la corne droite, volumineux fibromes interstitiels du volume des deux poings ; dans la corne gauche, fibrome interstitiel du volume d'une orange ; à la partie inférieure, troisième fibrome du volume des deux poings, dans le segment inférieur.

Enfin en soulevant l'utérus, on voit à sa face postérieure un quatrième fibrome inaccessible pendant la vie, du volume et de la forme d'un rein sous-péritonéal, implanté au niveau du quart inférieur de la face postérieure, un peu à droite de la ligne médiane, par un pédicule de la grosseur du pouce et de 2 à 3 centimètres de long. Ce fibrome est couché dans la fosse iliaque droite, adhérant par une bride au mésocôlon et par une autre bride au mésentère.

La cavité utérine, recourbée sur ce dernier corps fibreux, comme dans la rétroversion, présente une partie supérieure, cloaque où s'accumulaient les produits d'exfoliation muqueuse que les injections ne pouvaient atteindre.

De plus le corps fibreux interstitiel gauche avait subi un commencement de sphacèle dans les points en rapport avec la cavité utérine : c'est ce fibrome sans doute qui a amené la lymphangite pelvienne et la péritonite.

Les autres corps fibreux avaient subi un commencement de ramollissement : géodes pleines de détritüs pultacés.

Obs. 21. — VARNIER, in *Ann. de gynécologie*, 1886, 2^e série, p. 18
(très résumée).

Fibrome suppuré pendant la grossesse.

Malade 37 ans, entre à Lariboisière, service du D^r Duguet, le 26 février 1886.

Réglée à 17 ans, très irrégulièrement.

Mariée à 28 ans. Fait deux fausses couches de 2 mois 1/2 et de 3 mois 1/2.

Règles supprimées depuis fin décembre 1885.

Depuis 2 mois, c'est-à-dire depuis janvier 1886, le ventre a augmenté de volume ; on constate l'existence d'une douleur abdominale qui, restée complètement latente, très rapidement s'est accrue au point de remplir actuellement l'hypogastre, les 2 fosses iliaques et de remonter jusqu'à l'ombilic.

Depuis 1 mois, quelques tiraillements dans le ventre, a des vomissements.

Il y a 3 jours, douleurs très vives dans tout le ventre, vomissements presque continuels, miction devenue très difficile ; pas de selles depuis 5 jours.

C'est en cet état qu'elle entre à l'hôpital.

Eramen. — Température : 39° ; pouls petit et rapide, hoquet, vomissements verdâtres, ventre développé comme une grossesse de 7 mois.

Peau de l'abdomen lisse et tendue ; palper très douloureux. On peut sentir néanmoins une tumeur régulière, sphérique, de consistance partout égale et d'une dureté ligneuse, mate, remplissant toute la portion sous-ombilicale de l'abdomen ; la tumeur est immobile : la main appliquée sur l'abdomen perçoit une crépitation amidonnée très nette sur toute la région correspondante à la tumeur, rien à l'auscultation.

Vulve et vagin coloration violacée. Au toucher, l'excavation est vide, le col haut, gros, ramolli, orifice externe entr'ouvert ; à un moment, pénétrant dans l'orifice interne, le doigt a pu sentir une tumeur dans la cavité utérine distendue. Utérus peu mobile, les mouvements communiqués à la tumeur sont transmis au col, mais non réciproquement.

Aux seins, colostrum et tubercules de Montgomery.

On porte le diagnostic de tumeur fibreuse sous-péritonéale avec grossesse probable.

Repos, glace et morphine.

Pendant 8 jours, phénomènes de péritonite continuent puis se calment. Le Prof^r Pinard voit la malade, confirme le diagnostic et conseille d'aviser suivant les circonstances, l'immobilité de la tumeur et la péritonite rendant très grave toute intervention opératoire.

Pendant 2 mois, état de la malade assez bon.

Le ventre continue à augmenter, pas de mouvements.

Le 10 mai, dans la nuit, douleurs très violentes, la tumeur se tend. Vomissements porracés, hoquet, tous les signes de péritonite aiguë.

De plus, douleurs expultrices et le 11 mai, avortement, expulsion d'un fœtus de 800 grammes.

Délivrance normale, injection intra-utérine de biodure.

Le 11, température normale, mais pouls 140.

Ventre très tendu, vomissements porracés, péritonite continue, pas d'odeur aux lochies.

Mort le 20 en hypothermie.

Autopsie. — Péritoine péritonéal épaissi, adhérent à la tumeur qui est recouverte d'une coque de 3 à 4 millimètres, adhérences aussi entre la tumeur et l'épiploon, les anses intestinales et la face inférieure du foie.

En cherchant à la séparer de cette face inférieure du foie on arrache une partie de la tumeur et on met à découvert 3 ou 4 géodes du volume d'une noix renfermant un liquide séro-purulent.

Les adhérences les plus fortes sont celles qu'a contractées le bord droit de la tumeur; elles contribuent à limiter avec le péritoine pariétal épaissi qui passe de la face antérieure du myome sur la fosse iliaque droite, une loge à parois anfractueuses qui renferme 3 litres de pus blanc crémeux, cette loge est limitée, à gauche par la tumeur appliquée exactement en arrière contre la paroi postérieure de l'abdomen, à droite et en arrière par la masse intestinale.

Les parois de cette loge qu'occupait évidemment l'utérus distendu par le fœtus sont parfois recouvertes par une couche de néomembranes blanchâtres que recouvrent aussi tous les organes voisins.

L'utérus ainsi noyé dans ce kyste purulent n'est pas revenu sur lui-même, maintenu par ses adhérences et tiré en haut par le pédicule du fibrome, ce pédicule inséré sur le fond même de l'utérus a la grosseur du pouce et 3 centimètres de long. Utérus (16 centimètres de long et 9 de large), muqueuse saine, quelques caillots sans odeur.

Tumeur : 3 kilogr. 720 ; fibromyome pur, sans dégénérescence, sauf au niveau du prolongement droit où il y avait des géodes purulentes.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est le développement très rapide de la tumeur dans le cours de sa troisième grossesse.

Obs. 22. ISCH-WALL, in *Bulletin Soc. anat.*, janvier 1889, p. 20
(Résumée).

*Fibromes utérins. — Grossesse. — Dystocie. — Mort par rupture d'un
foyer ramolli de la tumeur dans le péritoine.*

36 ans, charbonnière, entre le 24 décembre 1888 à l'hôpital Saint-Antoine, — en travail depuis 2 jours, procidence du bras.

Réglée à 12 ans, — de 12 à 30 ans chloro-anémie. A 35 ans, s'aperçoit de l'existence dans son flanc droit d'une tumeur grosse comme une noisette ; peu de temps après, elle fit une fausse couche de 2 mois.

A partir de ce moment, la tumeur augmenta de volume.

En 1888 nouvelle grossesse : dernières règles, 28 avril. — Douleurs commencent dans la nuit du 21 au 22 décembre : à 1 heure, rupture de la poche des eaux. Le 24, procidence d'un bras : un médecin appelé diagnostique une grossesse trigémellaire.

Elle entre à l'hôpital : abdomen volumineux et bosselé, surtout étendu dans le sens transversal ; la palpation permet de sentir à la face antérieure de l'utérus un corps fibreux mobile, ovoïde, allant de l'ombilic à la partie latérale gauche de l'utérus et mesurant 7 travers de doigt de long sur 4 de large.

On sent dans la fosse iliaque droite une 2^e tumeur grosse comme un œuf de poule et enfin à gauche de l'utérus une troisième à peu près de même volume.

La tête fœtale est située dans la fosse iliaque droite et difficile à percevoir (présentation d'épaule gauche). — A la partie supérieure nous sentons une tuméfaction dure, lisse, ayant la forme et le volume d'un dos de fœtus et nous pensons à une grossesse gémellaire : fœtus mort et macéré.

La malade endormie, on essaie la version qui est impossible : ablation des 2 bras, — après on peut attirer les pieds et faire l'accouchement par le siège.

Délivrance à 10 heures 1/2 : la main introduite dans la cavité utérine constate l'absence d'un 2^e fœtus et la présence d'un volumineux corps fibreux siégeant sur le bord supérieur de l'utérus et cause de la méprise.

Le soir : 39.

Le 25 décembre, matin 38° ; soir 38°4. — Abattement, ventre peu douloureux. — OEdème de la vulve.

26. — Matin 38° ; soir 38°2. — Vomissements.

27. Matin 39°4 ; soir 38°4. — Vomissements. — Ventre douloureux. — Lochies abondantes et fétides.

28. — Temp. 39°, vomissements porracés. Météorisme. Mort à 1 heure et demie.

Autopsie. — Péritonite purulente généralisée. Anses intestinales agglutinées entre elles et à la paroi par de récentes fausses membranes.

En refoulant un peu l'intestin, on voit trois volumineuses tumeurs pédiculées fixées à l'utérus : l'une énorme, située à la région ombilicale ; les 2 autres plus petites, siégeant à la région hypogastrique. La plus grosse est lisse, blanchâtre et très vasculaire : elle est ovoïde à grand axe transversal, elle mesure 2 centimètres de haut en bas, 11 centimètres de droite à gauche et 9 d'avant en arrière : c'est elle qu'on avait prise pour un fœtus.

La consistance de ce néoplasme est très ferme, mais dans son tiers droit, elle est franchement fluctuante et à ce niveau existent des points de couleur gris bleuâtre, à leur niveau, on sent très bien qu'une très mince couche de tissu sépare la surface de la tumeur d'une cavité remplie de liquide. Au niveau d'un des points grisâtres, situé à la partie inférieure droite, existe une perforation à bords réguliers, large comme une pièce de 1 fr. Un liquide purulent sort par cet orifice, il provient, comme le montrent les coupes, de la fente moléculaire de la portion correspondante du néoplasme.

Les deux tiers gauches de ce dernier sont très durs, blancs, et offrent l'aspect de fibromyomes — et des coupes microscopiques confirment la nature fibromateuse de la tumeur. — Elle était reliée à la partie postérieure du fond de l'utérus par un pédicule large et vasculaire.

Deux autres fibromes fixés à la paroi antérieure, l'un ayant 11 centimètres sur 8, — l'autre gros comme un œuf de pigeon ; à la face postérieure de l'utérus, 3 autres fibromes plus petits, isolément pédiculés.

L'utérus est bien revenu sur lui-même, est sain, pas trace de pus dans les sinus.

Foie gras, autres organes sains.

Obs. 23. — BRAUN VON FERNWALD, in *Wiener med. Woch.*, 1894, IX, 360 : et *Med. Press and Circular*, 5 décembre 1894.

Myome suppuré pendant la grossesse. — Perforation intestinale. — Laparotomie.

Maria K..., 43 ans, 3 grossesses.

Très bien portante jusqu'en 1888 ; à ce moment, abcès sous l'omoplate gauche, incision.

En 1890, un autre abcès dans la région inguinale gauche, incision. Les deux premiers accouchements furent normaux.

Depuis un an le côté droit de l'abdomen paraît hypertrophié, et en juin 1893, à la suite d'une chute, elle ressent de fortes douleurs dans les côtés et dans les reins.

Les règles continuent régulièrement jusqu'en septembre ; à cette époque hémoptysie, fortes douleurs avec fièvre, qui augmentent jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Au moment de son entrée à l'hôpital : temp. 38°, pouls 72, colostrum dans les 2 seins.

Pas d'hypertrophie cardiaque, léger souffle anémique à la pointe, souffle expiratoire au sommet des deux poumons.

Cicatrice d'abcès sous l'angle gauche de l'omoplate avec trajet fistuleux, autre cicatrice sous la crête iliaque gauche.

La partie inférieure de l'abdomen est distendue, circonférence à l'ombilic : 0^m84

Par la palpation on sent du côté gauche 2 tumeurs du volume du poing, celle qui est le plus à gauche plus grosse, rénitente ; la droite, plus petite, du volume d'une balle de criquet et régulière à sa surface.

Le sillon limitant les 2 tumeurs passe par l'ombilic et le milieu de l'arcade de Fallope gauche.

Le toucher vaginal et l'examen au spéculum montrent une vulve et un vagin distendus avec une partie déchirée sur près de deux centimètres, et à côté on sent une tumeur unique élastique, pointant en arrière.

Le col utérin est si ouvert qu'on peut y introduire le doigt sur une profondeur de 3 centimètres ; au-delà, le col est fermé

Le médecin pensait à une grossesse extra-utérine. — Braun croit plutôt à un kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu dans le cours d'une grossesse.

On provoque l'accouchement prématuré en introduisant une sonde dans l'utérus, expulsion d'un fœtus pesant 300 grammes.

Temp. 38° 5.

3 heures après, expulsion du placenta, injection intra-utérine avec une solution de lysol.

Le lendemain 5 mars, 39°5, pouls, 104. — Vomissements, fortes douleurs au côté droit du ventre.

6 mars. — 39° 8, pouls, 112. — Adénite suppurée dans l'aîne gauche.

7. — A 7 heures, 39° 5 ; pouls, 104. — Vomissements répétés.

A 10 h. 39. — Pouls, 100. — Diarrhée fétide. — Crise douloureuse dans le côté droit. — Syncope.

Braun croit toujours à une torsion de pédicule kystique et propose la laparotomie à 5 heures soir.

Péritoine et épiploon adhérents ; à la place où on sentait la tumeur, on trouve une masse kystique du volume d'une tête de fœtus, fixe et adhérente aux parties voisines. — Pas de torsion de cette masse, on décolle les adhérences, il se produit alors un écoulement de pus.

On enlève la tumeur, on essuie avec soin le pus, on ferme la plaie en drainant.

Après l'opération, les vomissements cessent, mais le collapsus persiste et la malade succombe 28 heures après.

Autopsie. — L'autopsie montre que la mort était due à la suppuration d'un fibromyome de la paroi antérieure de l'utérus ; péritonite ancienne unissant la face antérieure de l'utérus à l'iléon. — Inflammation phlegmoneuse du mésentère, péritonite fibreuse généralisée.

La partie inférieure de l'iléon au niveau de son point d'adhérence à la partie antérieure de l'utérus présente deux orifices d'où le pus sourd.

En ouvrant ces trajets, on tombe dans une cavité où se trouve un myome du volume d'une noisette, cavité creusée dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus, et pleine de pus.

Les veines du ligament large étaient aussi pleines de pus, la cavité utérine était remplie d'un liquide épais, le point où s'insérait le placenta est couvert d'une membrane grisâtre. A la partie postérieure du col utérin, il y avait aussi deux perforations fermées par une granulation grisâtre.

Braun croit que la suppuration du myome date de juillet 1893, et est antérieure à l'infection puerpérale terminale.

CONCLUSIONS

La grossesse, par les différentes modifications histologiques qu'elle fait subir aux fibromes, les prédispose manifestement à suppurer.

II. La suppuration des fibromes au cours et à la suite de la grossesse est une complication rare, qui tend à le devenir de plus en plus grâce aux progrès de l'asepsie et de l'antisepsie dans les pratiques gynécologiques et obstétricales.

III. La cause la plus fréquente de cette suppuration est une infection de la muqueuse utérine, qui se propage à la tumeur. Comme cause moins fréquente on peut citer les traumatismes et la présence de collections purulentes dans les trompes.

IV. Le staphylocoque et un bacille anaérobie cultivé par Hartmann et Mignot ont été les agents de cette suppuration auxquels s'en joignent probablement d'autres qui n'ont pas encore été reconnus, tels le streptocoque et le gonocoque.

V. La suppuration des fibromes se fait suivant deux modes différents, tantôt centrale, occupant une partie de la tumeur ou du moins l'un de ses lobes, tantôt périphé-

rique, se développant sous la capsule et isolant la partie centrale de la tumeur de son enveloppe.

VI. Les caractères principaux de cette suppuration sont l'augmentation rapide de la tumeur, la fièvre, la douleur auxquelles se joignent le plus souvent, si une intervention n'a pas lieu, des phénomènes de péritonite.

VII. Cette suppuration, qui se manifeste le plus souvent quelques jours après le travail, entraîne durant le cours de la grossesse l'avortement.

VIII. Le pronostic doit être très réservé, car la suppuration d'un fibrome nécessite des interventions sérieuses que les femmes ne sont pas toujours en état de supporter ou entraîne la mort.

IX. Préventivement, il faudra user de l'asepsie la plus grande dans les interventions que l'on aura à pratiquer sur les femmes enceintes atteintes de fibromes.

X. Curativement, on pratiquera pour les fibromes sous-péritonéaux soit l'hystérectomie, soit la myomectomie quand celle-ci sera facile à exécuter.

On réservera à la voie vaginale l'ablation des polypes utérins qui envahiraient cette cavité et ne présenteraient pas de tendance à se porter dans la cavité utérine.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Le Président de la Thèse,
A. LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Aubeau et Golasz.** Pathogénie des fibromes. *Semaine gynécologique*, 1898, p. 239.
- Ashwell.** *Guy's Hosp. Rep.*, 1836, 1^{re} série, vol. I.
- Balade.** *Gangrène des myomes.* Thèse de Paris, 1875.
- Bar.** *Leçons de pathologie obstétricale*, 1900.
- Barnetche.** Fibrome sous-péritonéal et grossesse. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1844.
- Bastard.** *Thrombose veineuse dans les fibromes.* Thèse Paris, 1882.
- Bernard.** *De la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus.* Thèse Bordeaux, 1903.
- Berniolle.** *Les fibromes de l'utérus sous-péritonéaux à pédicule tordu au cours et en dehors de la grossesse.* Thèse Paris, G. Steinheil, 1906.
- Bernutz.** Fibrome avec pelvi péritonite. *Traité des maladies des femmes*, t. II, p. 425.
- Bouilly.** *Congrès de chirurgie*, 1899 et 1901.
- Boivin et Duges.** *Traité des maladies de l'utérus*, t. I, p. 69.
- Boursier.** Interventions chirurgicales dans les dystocies pour fibromes. *Congrès de Nantes*, 1901.
- Braun von Fernwald.** Myome suppuré pendant la grossesse. *Wiener med. Woch.*, 1890, p. 360 et *Medical Press and Circular*, 1894, p. 581.
- Caboche.** *Hystérectomie abdominale.* Thèse Paris, 1897.
- Claisse.** Thèse Paris, 1900-01.
- Coffin.** *Complications des fibromes.* Thèse de Paris, 1889.
- Cornil.** Altération des myomes pendant la grossesse. *Bulletin Académie de médecine*, 7 fév., 1893.
- Costes.** *Anat. pathol. des fibromes utérins.* Thèse Paris, 1895.
- Courty.** *Traité des maladies de l'utérus*, 3^e édition, p. 1090.
- Delagenière.** *Archive province chirurgicale*, 1895, p. 507 et fév. 1900, p. 69.
— *Comptes-rendus Société O. G. P.*, 1900, p. 9; — *Annales de gynécologie*, 1900, p. 81-98; — *Semaine gynécologique*, 1901, p. 50 à 53.
- Delbet (Pierre).** Article fibromyome in *Traité chirurgie* de DUPLAY, t. VIII;
— Article tumeur in *Traité de chirurgie* de LE DENTU.

- Dolérís.** Myomes utérins et accouchements. *Archives de Tocologie*, 1883.
- Duret.** Transformation des fibromes. *Semaine gynécologique*, 1898, p. 129.
- Empis et Lelong.** Fibrome suppuré. *Société anatomique*, 1868, p. 238.
- Galippe et Landouzy.** Parasites dans les fibromes. *Société biologique*, 1887.
- Gatti.** Deux cas d'abcès central dans un fibrome. *Il policlinico*, Roma, 1895, t. II, chirurgie, p. 324.
- Hartmann et Mignot.** *Annales de gynécologie et d'obstétrique*. Paris, juin 1896, p. 425.
- Hirigoyen.** Fibrome. Accouchement péritonite. *Journal médical Bordeaux*, 1883-84, p. 352.
- Herman.** Fibrome sous-péritonéal suppuré. *The Lancet*, 1894.
- Huguier.** Hystérotomie, p. 180. *Société de chirurgie*, 1857-1858, p. 92.
- Ingleby.** *The Lancet*, 1844.
- Isch-Wall.** *Société anatomique*, 1889, p. 20.
- Katz.** Thèse Nancy, 1884, n° 184.
- Keifer.** Etiologie des myomes. *Journal d'obstétrique*, Paris, 1898, p. 244 ; *Presse médicale belge*, 1898, p. 369.
- Krugenberg.** Gangrène des myomes. *Arch. f. Gyn.*, p. 166.
- Labadie-Lagrave et Legueu.** *Traité médico chirurgical de gynécologie*, Paris, 1898, p. 852.
- Lambert.** *Fibrome et grossesse*. Thèse Paris, 1870.
- Lance.** *Bulletin société médico-chirurgicale*, Paris. 1905, p. 150.
- Lasnier.** *Sphacèle et purulence des fibromes utérins*. Thèse Bordeaux, 1897-98.
- Lauwers.** Complication des myomes. *Bull. Société belge d'obstét. et gyn.*, 1897, p. 49.
- Lefour.** *Fibrome et grossesse*. Thèse agrég., 1880.
- Lelong.** Fibrome suppuré. *Bull. Soc. Anat.*, 1868, p. 238.
- Lepage.** *Bulletin Société O. G. P.*, 1901.
- Lever.** Fibrome suppuré et grossesse. *Guy's Hosp. reports*, 1842, 1^{re} série, vol. VII.
- Luroth.** *Ramollissement et putrescence de l'utérus*. Thèse Strasbourg, 1827.
- Mann.** *American Journal of obstetrics*. 1887, p. 462.
- Marie et Legueu.** Fibromyome d'origine inflammatoire. *Ann. gyn. et obst.*, 1897, p. 136.
- Marx.** Fibroids tumors and pregnancy. *Journ. of obstetr.*, fév. 1905, p. 297.
- Maucilaire.** Suppuration d'un fibrome utérin consécutive à une fausse couche avec fièvre. *Comptes-rendus de la Société d'O. G. P.*, 12 mai 1906.
- Meslay et Hyenne.** Dégénérescence des fibromes. *Ann. gyn. et obst.*, 1898, p. 1.
- Milliot.** *Complic. des fibromes*. Thèse Paris, 1875.
- Morestin.** *Soc. anat.*, oct. 1900.
- Pilliet.** Développement inflammatoire des fibromes. *Soc. biol.*, 7 mars 1896.
- Pinard.** *Comptes-rendus de l'O. G. P.*, juillet 1901 ; — *Ann. gyn.*, sept. 1901 ; *Congrès de Moscou*, 1897 ; — *Ann. gyn. et d'obst.*, janv. 1905.
- Pinault.** *Soc. anat.*, 1828, p. 5.

- Piquand.** *Des dégénérescences des fibromyomes de l'utérus.* Thèse Paris, G. Steinheil, 1905, p. 349.
- Prochownick.** *Etiologie des fibromes.* *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 7.
- Quénu.** *Société de chirurgie*, 9 avril 1902.
- Ribemont-Dessaignes.** *Comptes-rendus soc. O. G. P.*, 14 mars 1904 ; — *Précis d'obstétrique*, 1900.
- Richelot.** *Comptes rendus O. G. P.*, juillet 1901.
- Robert.** *Quelques accidents septiques dus à la présence des fibromes.* Thèse Paris, 1885.
- Routier.** *Médecine moderne*, 1889, p. 935 ; — *Société de chirurgie*, 30 mars 1898 ; — *Société de chirurgie*, 16 avril 1902.
- Scanzoni.** *Traité pratique des organes sexuels de la femme.*
- Spiegelberg.** in *Monat. f. Geb.* 1866, p. 429.
- Schwartz.** *Comptes-rendus de la Soc. O. G. P.*, 1901, p. 107, 148, 172, 230 ; — *Ann. de gyn.*, 1901, p. 81.
- Tarnier.** *Annales de gynécologie*, 1879.
- Treub.** *Bulletin Société chirurgie*, Paris, 29 mars 1904, p. 347.
- Vandervelde.** *Anat. des myomes.* *Jour. méd. chir.* Bruxelles, 1895, p. 177.
- Varnier.** *Fibrome, grossesse et péritonite.* *Ann. gyn.*, 1886, p. 18 ; — *Ann. gyn.*, 1901, p. 91 ; — *Comptes-rendus Soc. O. G. P.*, mai 1901.
- Veyssière.** *Myome sous-péritonéal suppuré.* *Soc. anat.*, juin 1870, oct. 1873.
- Viardin.** *Soc. anat.*, 1834, p. 43.
- Virchow.** *Trad. française d'ARONSSOHN. Pathologie des tumeurs*, t. 3. p. 351.
- Vorship.** *Fibrome et grossesse.* *Obst. transac.*, 1873.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	7
HISTORIQUE.....	8
ETIOLOGIE et PATHOGÉNIE.....	11
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	18
1. Suppuration dont le début se fait au centre du fibrome....	23
2. Suppuration à début sous-capsulaire.	24
SYMPTOMES.....	26
Suppuration se développant avec la grossesse.....	28
Suppuration du fibrome après l'accouchement.....	30
Suppuration des fibromes restant inaperçus et n'étant qu'une trouvaille d'autopsie.....	31
DIAGNOSTIC.....	32
PRONOSTIC.....	36
TRAITEMENT.....	38
TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES OBSERVATIONS.....	42
OBSERVATIONS.....	44
CONCLUSIONS.....	71



Travail exécuté en commandite par des ouvriers syndiqués

SAINT-BRIEUC. — Typ. F. GUYON